

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉ PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROQ

Médecin de l'hôpital Brocq-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROSSEAU,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
BUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LÉPILEUR, LERÉDÉ, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME X

N^o 1. — Janvier 1899

(*avec une planche.*)

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCXXIX

MM. les Abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire de leur part, une quittance leur sera présentée par la Poste pour renouvellement de leur abonnement pendant l'année 1899.

CLIN & Cie

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten, essentiellement assimilable, très soluble.
TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Cataracte vesical.

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

Santal du Dr Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant 20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : Blennorrhagie aiguë ou chronique, Cystites et toutes inflammations des Muqueuses génito-urinaires, Leucorrhée vaginale.

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant progressivement.

CLIN & Cie — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 385

ÉLIXIR DÉRET BI-IODE

Solution vineuse à base d'iodure double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr. de biiodure de mercure.

Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni Diarrhée, évite, par la façon dont il est présenté, les soupçons de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. Bromure
Par Dragée, 10 centigr. } de Camphre pur.

INDICATIONS : Epilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnies, Palpitations de cœur, Érections douloureuses, Spermatorrhée, Éréthisme du Système nerveux.

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130
Le meilleur succédané de l'Iodeforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITIQUES**
l'ophtalmologie et **toutes les opérations chirurgicales**.

SEULS FABRICANTS : KALLE & Cie, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Brettonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SAVONS MÉDICINAUX, A° MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS - 3, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la 4007,
SAVON Phénique... à 5% de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON Boraté... à 10% de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON au Thymol... à 5% de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A° MOLLARD 24^{fr}
SAVON Borique... à 5% de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON au Salol... à 5% de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON au Sub imé à 1% et au 10% de A° MOLLARD 18^{fr} et 24^{fr}
SAVON Iode (KI — 10 %)... de A° MOLLARD 24^{fr}
SAVON Sulfureux hypochloréique de A° MOLLARD 12^{fr} et 24^{fr}
SAVON au Goudron de Bordeau de A° MOLLARD 12^{fr}
SAVON Glycérine... de A° MOLLARD 12^{fr}

Il s'en vendent en boîte de 1/4 et de 1/2 douzaine avec
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.**

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Solution limpide de Biiodure d'Hydrargyre dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milligrammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine) et toutes pharmacies.

re
s.
r.
ni
st
s.

■
olu-
yre
illi-
) et

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE NOUVELLE DES LÉSIONS INTERTRIGINEUSES DE LA FEMME

Par MM. L. Brocq et Léon Bernard.

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. LE D^r BROcq, HOPITAL BROCA-PASCAL)

Planche I.

PRÉAMBULE

Dès notre arrivée à l'hôpital Broca nous avons été frappés d'observer avec une extrême fréquence chez les femmes atteintes de blennorrhagie ou de syphilides vulvaires, des lésions de la face interne et supérieure des cuisses dont nous n'avions jamais lu dans les auteurs de description détaillée. Leur siège de préférence est une sorte de petite dépression située au-dessous du pli de l'aine, à la partie supérieure de la cuisse, vers le milieu de sa face interne, et que nous étudierons plus loin.

On rencontre en outre chez ces femmes d'autres lésions beaucoup plus connues quoiqu'elles aient été jusqu'ici fort mal décrites, et qui consistent en des pigmentations de la face interne et supérieure des cuisses, en des rougeurs et des pigmentations des régions péri-anales.

Toutes ces modifications subies par les téguments ont ce caractère commun d'être d'origine externe ou traumatique : elles se relient à l'ancien intertrigo par ce fait majeur qu'elles sont limitées aux régions des fesses et des cuisses où la peau est en contact direct avec la peau, où elle est soumise à des frottements incessants. Elles se développent surtout avec intensité dès qu'il survient des écoulements irritants, blennorrhagiques ou autres.

Les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites pour trouver dans les auteurs une description un peu précise des lésions que nous allons étudier n'ont pas été couronnées de succès.

Seul M. le D^r Verchère en parle avec quelques détails (1). Voici comment il s'exprime : « Le pus, en baignant constamment les sillons « génito-cruraux, le périnée, l'anus, la partie supérieure des cuisses, « y produit une dermite intense, eczémateuse, intertrigineuse, extré- « mement douloureuse parfois, suintante et recouverte de petites « croûtes jaunâtres (Martineau). Dans d'autres cas, cette macération « détermine simplement une pigmentation exagérée de la région, « accompagnée d'un épaississement total de la peau qui devient « parcheminée et présente à sa surface une série de petits plis entre- « croisés. »

Dans le chapitre consacré aux complications superficielles dues à l'irritation provoquée par le contact du pus blennorrhagique, le D^r Verchère détaille ainsi qu'il suit la description de ces lésions : « L'intertrigo du périnée, des plis génito-cruraux est une des lésions « fréquentes consécutives à la vulvo-vaginite. Il s'étend générale- « ment jusqu'au coccyx en arrière et détermine une rougeur vive « s'étendant plus ou moins, et présentant dans certains cas une dis- « position analogue à celle que prend l'eczéma dans certains cas, et « qui l'a fait désigner sous le nom d'eczéma en 8 de chiffre. Cet « intertrigo peut être indolore; cependant il est parfois le siège de « cuissons vives, de brûlures qui s'exaspèrent par la marche, par le « mouvement. Il se trouve surtout chez les malades grasses et par- « fois présente une grande résistance au traitement. Il dure souvent « aussi longtemps que l'écoulement génital, et est sujet à des réci- « dives indéfinies. »

« Il détermine dans ces cas une coloration de la peau parfois indé- « lébile. C'est une coloration noire de la peau, d'une teinte plus ou « moins foncée suivant les sujets. La peau elle-même conserve alors « un épaississement marqué et sa surface présente de véritables « rugosités qui lui donnent l'aspect de la peau de chagrin. Les rugo- « sités en quelques points peuvent former des saillies papilliformes « arrondies, d'ordinaire sessiles.

« Il est très difficile de faire disparaître les lésions : elles n'appa- « raissent que dans les cas où l'erythème s'est longtemps prolongé, « lorsque la malade s'est abstenue de tout traitement. J'ajouterai que « certaines malades semblent plus prédisposées que d'autres à ces « altérations ; ce sont en particulier les malades à peau brune, pig- « mentée, chez lesquelles la moindre ulcération cutanée se termine « presque toujours par une cicatrice pigmentée » (2).

Nous avons pensé que, malgré leur banalité, ces lésions méritent une description plus complète et plus précise. Tel est l'objet de ce travail.

(1) VERCHÈRE. *La blennorrhagie chez la femme*, t. I, p. 75.

(2) VERCHÈRE. *Loc. cit.*, t. II, p. 182.

Nous étudierons successivement : 1^o Les lésions assez spéciales de la fossette génito-crurale ; 2^o Les lésions de la face interne des cuisses ; 3^o Les lésions péri-anales. Ces deux dernières catégories ne méritent d'ailleurs qu'une courte mention.

Étude clinique et descriptive.

1. — LÉSIONS DES FOSSETTES GÉNITO-CRURALES

Lorsque la femme est dans la position classique de l'examen au spéculum, les cuisses écartées, on voit au niveau des grandes lèvres, à la partie supérieure et interne du membre inférieur, au-dessous du pli génito-crural, une sorte de fossette triangulaire à angles mous, dont la base de 4 à 6 centim. de longueur correspond au pli génito-crural, et dont le sommet se perd vers la face interne de la cuisse : son diamètre vertical varie de 3 à 4 centim. Elle semble correspondre à l'espace qui est compris entre le droit interne et le grand adducteur. A son niveau la peau est d'une extrême finesse.

Pour la facilité de la description nous lui donnerons le nom de *fossette génito-crurale*.

C'est le siège par excellence de la lésion cutanée que nous allons étudier. Cette lésion est d'ordinaire fort nettement limitée à l'étendue de cette fossette ; elle est surtout accentuée dans sa moitié ou ses deux tiers inférieurs. Parfois cependant elle en occupe surtout la partie supérieure et elle est à peine accentuée dans son tiers inférieur. Elle peut en déborder les limites, et, dans certains cas assez exceptionnels, occuper toutes les régions supérieure et interne des cuisses en formant une assez vaste zone limitée en haut par le pli inguinal, en bas par une ligne plus ou moins précise presque perpendiculaire à l'axe de la cuisse ou légèrement incurvée en haut et en avant.

Sa limite inférieure vers la cuisse peut être assez vague, et elle se perd parfois en une dégradation insensible. Il est plus fréquent de la voir s'arrêter nettement. Dans la forme inflammatoire cette limite est même presque toujours très tranchée, et figure un bord un peu saillant que l'on dirait artificiellement tracé tant il est arrêté. La limite supérieure est presque toujours beaucoup plus estompée. Elle meurt graduellement vers le pli de l'aïne qu'elle atteint assez rarement.

D'ailleurs elle (voir nos schèmes) peut affecter dans sa configuration les formes les plus diverses de quadrilatère, de triangle rectangle, de triangle isocèle, de traînées irrégulières séparées par des espaces plus ou moins nets de peau saine, etc.

Cette lésion revêt des aspects assez multiples ; mais il est possible

en somme de les ramener à deux principaux : elle peut être d'un rouge plus ou moins vif et présenter un certain degré d'inflammation, ou bien être d'un brun plus ou moins pâle, plus ou moins foncé suivant les sujets et donner l'impression d'altérations cutanées constituées à l'état de repos.

A. — *État de repos.*

Sillons principaux. — Dans son aspect le plus banal, la lésion que nous étudions consiste en une série de *sillons* légèrement sinueux, de un quart à un demi-millimètre à peine de profondeur, obliquement dirigés d'avant en arrière et de haut en bas, dont la longueur varie de 2 ou 3 millim. à 1 centim. et demi, 2 et même 3 centim., assez irrégulièrement placés les uns à côté des autres, s'intriquant en quelque sorte, mais toujours plus ou moins parallèles d'une manière générale, formant parfois, mais rarement, dans leur trajet, ou par leur réunion avec un autre sillon, un angle obtus ou presque droit. (Voir le schème n° 3.)

Quand on tend la peau, le fond même de ces sillons se dessine d'ordinaire en rosé sur les téguments distendus, plus ou moins blanchâtres; parfois cependant chez des sujets assez âgés, ou n'ayant eu depuis longtemps aucune poussée inflammatoire du côté de la peau, le fond des sillons se dessine quand on tend la peau en stries d'un blanc nacré.

Dans quelques cas fort rares, chez des sujets ayant des sillons très profonds, le sillon ne s'efface pas complètement quand on tend la peau, et l'on voit alors dans le fond même du sillon des sortes de plis cutanés minuscules formant brides entre lesquels existent de petits enfoncements.

Plateaux et sillons antéro-postérieurs secondaires. — Entre ces sillons existent des sortes de *plateaux* sinueux assez irréguliers, allongés dans le sens antéro-postérieur et un peu obliquement de haut en bas, suivant bien évidemment la direction des sillons qui les limitent. Leur surface est elle-même sillonnée très irrégulièrement de quelques sillons antéro-postérieurs superficiels à peine marqués rappelant comme aspect l'impression légère d'une pointe d'aiguille sur de la cire, parfois à peu près parallèles aux grands sillons dans tout leur parcours, parfois coudés à angle droit en certains points.

Sillons transversaux. — En outre, toute la surface de ces pseudo-plateaux est traversée d'une multitude de sillons superficiels parallèles entre eux, perpendiculaires aux sillons principaux et qui descendent jusqu'au fond des grands sillons en transformant les crêtes latérales des plateaux en une série de petits sommets minuscules, ce qui donne à ces lignes de faite un aspect général sinuex et tremblé.

Dans la plupart des cas l'aspect de ces lésions, quand on écarte les

cuisse de la femme, est vraiment très spécial : le détail de chaque sillon et de la saillie adjacente en partant du pli de l'aine, est le suivant : le sillon sinueux, une crête crénélée également sinueuse, formant une zone très étroite d'une teinte un peu plus pâle faisant bordure au sillon, et présentant elle-même une multitude de petits plis transversaux, une autre zone un peu plus large, d'une teinte plus foncée, comme si elle était ombrée, également parcourue par les mêmes sillons secondaires. Ces différences de teinte sont en partie dues à des jeux de lumière. (Voir le schème n° 4.)

Saillies folliculaires. — Ça et là disséminées sans ordre aucun se voient de petites saillies folliculaires, sous la forme de petits points arrondis de la grosseur d'une moyenne tête d'épingle : leur teinte est d'ordinaire un peu plus blanche que le reste de la lésion. Ces saillies folliculaires ont avec les sillons des rapports fort variables ; presque toujours elles sont tangentes à l'un de ces sillons.

Modifications apportées par la tension des téguments. — Quand on tend la peau au niveau des fossettes génito-crurales, ces lésions deviennent bien moins visibles : parfois même elles disparaissent pour ainsi dire complètement. Ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, les plis s'étalent et forment de petites dépressions de un demi-millimètre environ de largeur ; les saillies sont tout à fait estompées, souvent invisibles. La pigmentation ne disparaît pas, ce qu'il était facile de prévoir : elle semble cependant s'atténuer quelque peu, ce qui tient à la diminution de l'élément érythémateux. Quelques frictions superficielles exercées sur les téguments, de manière à les tendre en divers sens, suffisent pour produire avec la plus grande rapidité cette modification. On ne voit plus alors qu'une sorte d'état chagriné de la peau, comme si sa partie superficielle était trop large ou un peu flasque. Ce n'est qu'après un certain temps que ces régions reprennent leurs aspect primitif.

Influence du système pileux sur le développement des lésions. — Ces lésions semblent se produire avec plus de facilité chez les femmes dont les fossettes génito-crurales sont complètement glabres. Quand ces fossettes présentent des poils, comme c'est la règle chez celles qui ont le système pileux péri-génital fort développé, ces lésions peuvent encore s'y observer, mais elles sont certainement moins accentuées que chez les sujets glabres, et, ce qui le prouve, c'est que, lorsque les fossettes ne sont qu'en partie recouvertes de poils, les lésions sont beaucoup plus apparentes sur les régions glabres que sur les régions velues.

Pigmentation. — Les lésions que nous venons de décrire s'accompagnent pour ainsi dire toujours d'un certain degré de pigmentation. Mais cette pigmentation est des plus variables comme intensité. Elle paraît tenir d'une part au degré de développement de la lésion elle-même ;

d'autre part et surtout au pouvoir chromatogène du sujet. Ce pouvoir chromatogène est en relation presque directe (nous disons presque directe, car il y a des exceptions) avec la teinte des poils du pubis et surtout avec la coloration générale des tégumeuts. On sait en effet que les qualités blonde ou brune de la peau ne sont pas toujours en relation directe avec la teinte des cheveux et des poils. Il y a des femmes châtain-clair qui ont la peau brune, des brunes au contraire qui ont la peau blanche. Les lésions que nous étudions sont d'autant plus pigmentées que la femme qui les présente a la peau plus brune, les grandes lèvres plus pigmentées, et les poils du pubis plus foncés.

Il y en a qui n'ont pour ainsi dire pas de pigmentation : ce sont des blondes à peau très blanche, dont les grandes lèvres ne sont presque pas colorées, et dont les petites lèvres sont rosées. On ne trouve chez elles que les sillons et les saillies ; la peau a presque sa coloration normale, parfois elle présente une teinte café au lait fort clair. Des blondes rousses ont assez souvent des pigmentations accentuées.

Il y a par contre des femmes chez lesquelles ces pigmentations sont tellement intenses qu'elles arrivent à être mélaniques : elles ont d'ordinaire la peau brune, les cheveux très noirs, leur vulve présente des taches pigmentaires diffuses ou même disposées en plaques irrégulières plus ou moins étendues.

Chez la grande moyenne des sujets les pigmentations sont intermédiaires comme intensité à ces deux types extrêmes.

Chez une femme atteinte de vitiligo du pli inguinal, les lésions étaient complètement décolorées dans toute leur étendue qui correspondait aux plaques achromiques ; elles étaient fort pigmentées au contraire au niveau des plaques hyperchromiques.

Nous avons déjà dit que ce sont surtout les saillies intermédiaires aux sillons qui sont le siège de ces pigmentations.

Les malades n'accusent jamais la moindre douleur, le moindre prurit au niveau des régions ainsi modifiées.

B. — *État inflammatoire.*

Quand les malades arrivent à l'hôpital avec un écoulement blennorhagique des plus abondants ou avec des lésions syphilitiques ulcérées (chancres ou syphilides papulo-érosives) en pleine activité et suintantes, il est fréquent de trouver au niveau de leurs fossettes génito-crurales les lésions que nous venons de décrire, mais très développées, d'un rouge plus ou moins vif, en quelque sorte turgescentes. *Les sillons* sont beaucoup plus accentués et peuvent avoir jusqu'à un millimètre de profondeur : les *saillies intermédiaires* sont par suite très notables : elles forment le long des sillons principaux de véritables crêtes divisées en petits sommets par les sillons

transversaux de deuxième ordre ; assez souvent même elles sont légèrement déprimées à leur partie médiane, comme vallonnées, alors que vers les sillons principaux elles se relèvent pour former des bords à pic et sinueux. Le tout donne en somme assez bien l'apparence d'une région montagneuse sillonnée de ravins assez irréguliers, mais ayant tous une direction générale parallèle.

(Il est bien entendu que toutes ces lésions sont en réalité assez minimes, et que lorsque nous parlons de sillons, de vallons, de ravins, de saillies, de crêtes, de sommets, etc... nous parlons de différences de niveau de un demi-millimètre à un millimètre et demi au grand maximum : nos profonds ravins ont de un demi-millimètre à un millimètre de large. Le lecteur doit donc se mettre en garde pour cette description, comme d'ailleurs pour la description de la forme torpide contre les exagérations forcées de langage.)

Nous avons décrit dans le paragraphe précédent des zones de teintes diverses sur les saillies intermédiaires : elles sont moins nettes dans les périodes aiguës que dans les périodes torpides : on les y retrouve cependant. Dans quelques cas rares, nous avons vu les plateaux intermédiaires absolument lisses, plans, brillant aux incidences de lumière, rappelant en un mot un peu l'aspect des papules du lichen ruber planus, mais ayant toujours l'aspect de bandes allongées irrégulières qui délimitent les sillons. Ces lésions se modifient par l'exposition à l'air, mais beaucoup moins que dans la variété précédente.

Quand on tend la peau, les saillies que nous venons de décrire ne s'effacent pas complètement comme lorsque les lésions sont à l'état torpide ; elles s'affaissent, mais sont toujours visibles. Les sillons apparaissent soit sous l'aspect d'une fine traînée rose, soit sous l'aspect de petites traînées blanches limitées par un fin liséré rose.

Le massage de la région en modifie considérablement l'aspect, mais il n'en change plus tout à fait l'apparence comme lorsqu'il s'agit de lésions à l'état torpide.

Le caractère éphémère des lésions érythémateuses est tellement accentué qu'il suffit de mettre la femme qui en est atteinte dans la position du spéculum et de la laisser ainsi quelques minutes pour les voir changer d'aspect, devenir moins rouges, moins saillantes : les sillons semblent être moins profonds et les crénelures de leurs bords s'affaissent avec rapidité.

Cet état inflammatoire, quand il existe, n'occupe pas toujours d'une manière uniforme toute l'étendue de la fossette génito-crurale : il peut ne former que quelques plaques disposées d'ordinaire en bandes transversales grossièrement parallèles au pli inguinal, entre lesquelles les lésions présentent l'aspect que nous avons décrit comme étant caractéristique de l'état de repos. C'est ainsi qu'il est relativement fréquent de voir la rougeur former deux bandes transversales un peu

obliques de haut en bas et d'avant en arrière, l'une au-dessous du pli de l'aine, l'autre vers la limite inférieure de la fossette : parfois elle ne forme qu'une plaque irrégulière inférieure ; souvent elle est beaucoup plus accentuée d'un seul côté.

La rougeur et la turgescence des régions atteintes disparaissent avec la plus grande rapidité dès que l'on fait le moindre pansement. Il suffit de quelques lotions à l'eau boriquée, et d'applications de poudres siccatives et absorbantes pour voir tout s'affaïssoir en deux ou trois jours, parfois en vingt-quatre heures, et on se trouve alors en présence des lésions à l'état de repos.

Ces états inflammatoires s'accompagnent assez souvent, mais pas toujours, de lésions intertrigineuses banales caractérisées par de la rougeur et parfois même par un peu de tuméfaction des téguments ; elles siègent surtout au niveau des plis inguinaux, vers la face externe des grandes lèvres et la face interne des cuisses.

C. — Mode d'évolution des lésions des fossettes génito-crurales.

Ces poussées aiguës sont-elles nécessaires pour que l'état torpide s'établisse ? en d'autres termes, le début de l'affection se fait-il toujours par de l'erythème intertrigineux ? Nous l'ignorons complètement. D'après ce que nous avons observé, il nous a semblé que les deux modes de début étaient possibles, l'un fort lent, progressif, dans lequel la lésion s'installe peu à peu sous l'influence de légères irritations répétées, l'autre plus rapide dans lequel elle est consécutive à des poussées érythémateuses, et s'aggrave par de nouvelles inflammations.

D'ailleurs il n'y a rien de plus variable que le degré de développement et d'extension de ces lésions. Nous venons de voir dans quelles proportions leur hyperchromie pouvait différer. Elles sont parfois à peine perceptibles : on ne trouve dans un point de la fossette, soit vers le pli de l'aine, soit surtout vers la partie inférieure de cette fossette, que quelques sillons à peine visibles ; elles peuvent au contraire prendre l'extension que nous venons de décrire.

Dans quelques cas même elles empiètent sur les limites visibles des fossettes et se joignent aux autres lésions beaucoup plus connues dont nous allons dire maintenant quelques mots. Par contre, il est beaucoup plus fréquent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de voir leur limite inférieure délimitée par un bord nettement arrêté.

II. — LÉSIONS DE LA FACE INTERNE DES CUISSES

Un peu au-dessous de la fossette génito-crurale les cuisses des femmes, surtout lorsqu'elles sont un peu grasses, ont de la tendance à devenir tangentes dans l'état de repos, lorsque les pieds sont rappro-

chés: pendant la marche elles frottent l'une contre l'autre dans une étendue qui varie suivant la conformation des sujets et leur embon-point. Ces zones de frottement sont d'ordinaire figurées par un triangle à base supérieure curviline dont la concavité supérieure est située au-dessous et parfois un peu en arrière de la fossette génito-crurale, à sommet inférieur assez mousse qui s'estompe le long de la face interne de la cuisse.

C'est à ce niveau que chez les femmes qui ne se tiennent pas très proches, qui ont des écoulements vaginaux abondants, et qui ne portent pas de linge suffisant, se développent des lésions éminemment banales, que tous les médecins connaissent, mais que l'on n'a pas encore, ce nous semble, étudiées avec assez de précision.

Chez les femmes que l'on peut considérer comme étant des types complets, on observe fréquemment au-dessus de la fossette génito-crurale, une zone de un à deux centimètres de large, à concavité tournée en haut et en dedans, formant une sorte de croissant autour de la partie inférieure et postérieure de la fossette. A ce niveau, la pigmentation est moins marquée également qu'au niveau de la zone sous-jacente. On y trouve souvent des sillons beaucoup plus superficiels, beaucoup plus nombreux que ceux des fossettes, et qui semblent en être comme le prolongement très atténué.

Au-dessous de cette zone plus claire quand elle existe, directement au-dessous de la fossette génito-crurale quand cette zone n'existe pas, se voit le triangle de frottement dont nous avons parlé. La base supérieure a, suivant les sujets, de 3 ou 4 centimètres à 10 centimètres et plus de largeur; son sommet qui s'étend le long de la face interne de la cuisse en s'estompeant peu à peu pour disparaître d'une manière insensible, arrive, suivant les sujets, au quart supérieur de cette région, parfois même aux trois quarts inférieurs, dans quelques cas fort rares jusqu'à la face interne du genou: d'ordinaire il s'arrête à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen de cette face interne de la cuisse. Les lésions sont surtout marquées vers le centre de cette zone; de là elles vont en s'éloignant peu à peu vers la périphérie. Leur coloration peut être assez régulièrement uniforme: elles présentent parfois des plaques transversales plus foncées, assez irrégulières.

Quand on les regarde avec grande attention, on voit qu'elles sont constituées par plusieurs éléments. D'abord et avant tout, par la pigmentation d'intensité fort variable que nous venons de signaler, et qui, suivant les susceptibilités individuelles, suivant l'intensité des traumatismes, varie du jaune brunâtre à peine accusé au brun foncé presque noirâtre: c'est évidemment l'élément de beaucoup le plus important, et au premier abord il semble exister seul.

Mais on ne tarde pas à remarquer, pour peu qu'on veuille bien y

regarder de près, que les téguments présentent d'autres lésions. Tout d'abord vers la racine du membre, près de la fossette génito-crurale, il est très fréquent d'y voir la peau striée d'une grande quantité de petits sillons superficiels parallèles, obliquement dirigés de haut en bas, d'avant en arrière, séparés les uns des autres par des intervalles variant de un millimètre à un millimètre 1/2, rarement 2 millimètres, et formant dans leur ensemble, car chacun d'eux n'a qu'une longueur assez restreinte (de un à deux ou trois centimètres), une courbe à très grand rayon dont la concavité regarde en haut et en arrière. Entre ces sillons la peau paraît comme finement chagrinée; on y distingue de très fins sillons perpendiculaires aux précédents ou mieux légèrement obliques, et qui forment par leur réunion une courbe à très grand rayon à concavité dirigée en haut et en avant. Mais cette deuxième série de sillons est fort peu marquée, assez souvent elle fait pour ainsi dire tout à fait défaut.

D'ordinaire les sillons que nous venons de décrire, quand ils existent, et ce n'est pas constant, ne s'observent, comme nous venons de le dire, que sur les confins de la fossette génito-crurale, où ils semblent être comme la continuation et la réduction des lésions de cette fossette. Parfois cependant on les retrouve sur toute l'étendue des plaques pigmentées de la face interne des cuisses.

Sur ces plaques il est facile, en les observant obliquement de manière à faire varier les incidences de la lumière, de distinguer une autre lésion qui les constitue presque au même titre que la pigmentation : ce sont de très nombreuses petites facettes minuscules, aplatis, brillant aux incidences de lumière, séparées les unes des autres par de toutes petites dépressions, qui par places constituent nettement les sillons dont nous venons de parler. Elles sont tout à fait analogues aux lésions de début des lichénifications, et pour préciser davantage, aux lésions de nos lichénifications avortées diffuses. Inutile de faire ressortir l'importance de ce fait, car il n'y a chez ces malades le plus souvent aucune démangeaison, aucun grattage; il n'y a que des lésions développées par les frottements et par les contacts irritants. Ceci démontre avec la dernière évidence le bien fondé de notre théorie de la lichénification, puisque nous soutenons que les pseudo-papules du début peuvent être chez certains sujets la conséquence d'un simple traumatisme sans prurit concomitant.

Les plaques des cuisses peuvent donc être constituées par les trois éléments suivants : *pigmentation, sillons, facettes brillantes*.

III. — LÉSIONS PÉRIANALES. — (Cocarde périanale.)

Elles sont des plus banales et nous n'en dirons que quelques mots. Dans les cas fort accentués, chez les femmes un peu grasses et chez

celles qui ont d'abondants suintements anaux ou génitaux, on distingue les trois zones suivantes (voir les schèmes I et II): 1^o Au niveau même de l'anus et de ses plis radiés une première zone pigmentée assez foncée ; 2^o en dehors, une deuxième zone assez claire, au niveau de laquelle la peau est un peu rouge dans les cas où il existe un certain degré d'erythème, tandis qu'elle n'y est que fort légèrement pigmentée lorsque tout est rentré dans le calme ; cette zone moyenne, dont la largeur varie de 2 à 3 ou 4 centimètres suivant les cas, occupe à partir du pourtour de l'anus toute la région de contact des fesses ; 3^o en dehors de cette deuxième zone se voit la troisième et dernière, la plus externe, qui figure une sorte de bordure des plus nettes, de un centimètre environ de largeur moyenne. Elle correspond à la limite externe de la région de contact des deux fesses. Elle décrit donc une courbe à concavité antérieure ; en arrière, elle se relie à celle du côté opposé au fond du pli interfessier, plus ou moins haut suivant les sujets, de là elle suit la face interne et inférieure de la fesse, en décrivant la courbe à concavité antérieure et supérieure dont nous venons de parler, et elle vient mourir en avant d'une manière insensible, le plus souvent vers la base postérieure des grandes lèvres, plus rarement un peu plus en dehors, vers la naissance des lésions de la fossette génito-crurale.

La teinte de cette troisième zone est toujours beaucoup plus accentuée que celle de la zone moyenne. Quand ces régions sont enflammées, elle est d'un rouge plus ou moins vif, et au-dessous de cette rougeur on distingue nettement un degré notable de pigmentation qui devient des plus apparentes, quand on fait disparaître l'erythème par la pression ; quand toute inflammation a disparu cette zone externe tranche encore sur la zone moyenne par une teinte pigmentée accusée qui varie, suivant les sujets et suivant l'intensité des lésions, du jaune brunâtre au brun foncé presque noir.

Anatomie pathologique.

Nous avons étudié au microscope ces lésions, telles qu'elles se présentent dans les fossettes génito-crurales, où elles sont le plus caractéristiques ; des fragments de peau de ces régions ont été prélevés sur des malades atteintes à des degrés divers, et nous avons pu saisir sur nos coupes les différences profondes de l'état aigu et de l'état de repos de l'affection. Pour nous mettre en garde contre des interprétations erronées, nous avons tenu à extirper chez un sujet sain, *indemne de blennorrhagie et de toute lésion cutanée consécutive*, un fragment de peau de la même région, prélevé à côté d'un petit papillome insignifiant. Toutes ces pièces ont été fixées par le sublimé acétique et étudiées avec les colorations ordinaires.

Dès le premier examen, on s'aperçoit que les lésions sont surtout cantonnées à l'épiderme et qu'elles consistent essentiellement en une réaction inflammatoire de l'épiderme. La simple comparaison quantitative de l'épiderme sain avec l'épiderme malade montre une différence considérable d'épaisseur de cette couche, notamment augmentée dans le second cas.

A cette différence d'épaisseur participent les diverses couches de

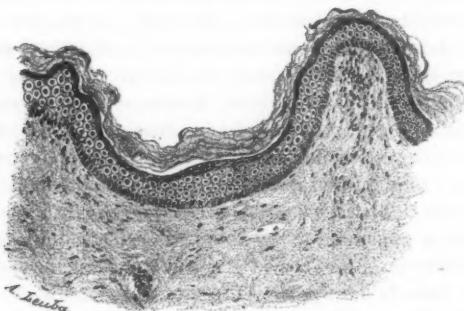


FIG. I. — Peau normale prise dans la fossette génito-crurale.

l'épiderme ; mais chacune d'elles présente des altérations variées, selon qu'on les étudie à l'état aigu ou à l'état de repos.

I. — ÉTAT AIGU

A. — Épiderme.

Nous décrirons successivement les différentes couches de l'ÉPIDERME.

a) *Couche génératrice.* — *Dans la peau normale*, elle ne comprend qu'un plan unique de cellules hautes à gros noyau aplati dans le sens vertical ou dans le sens horizontal, entouré d'une mince bande de protoplasma très clair, qui limitent immédiatement les stries scalariformes intercellulaires ; entre ces cellules, on en trouve quelques-unes chargées de pigment.

Au niveau des points malades, nous ne voyons plus un plan unique de cellules, mais des stratifications irrégulières et multiples de cellules cylindriques qui semblent se presser confusément les unes contre les autres, chevaucher pour ainsi dire les unes sur les autres. Chacune de ces cellules, prise à part, est en outre gonflée et trouble, volumineuse et mal limitée ; autour du noyau à granulations dissociées, nettes et roses, le corps protoplasmique est flou et étalé.

b) *Corps muqueux de Malpighi*. — Là encore, la multiplication des couches cellulaires est extrêmement accusée ; au lieu de 2 à 4 couches régulières, qui le composent normalement, on en voit ici un nombre double ou triple ; les couches cellulaires sont irrégulières, et difficiles à compter. Les cellules qui les constituent sont atteintes de tuméfaction trouble ; autour du noyau, on ne voit pas la bande protoplasmique claire normale, mais une zone large et trouble.

c) *Stratum granulosum*. — *Sur les coupes de peau normale*, il apparaît comme une lame mince, sombre, qui sépare nettement les cellules malpighiennes de la couche cornée ; il comprend un plan unique de cellules aplatis, chargées de granulations colorées par l'hématéine, de même que le noyau, de sorte que les cellules sont à peine distinctes les unes des autres.

Dans les lésions aiguës, cette couche comprend au moins trois à quatre assises de cellules, qui ne sont plus aplatis, mais qui sont en

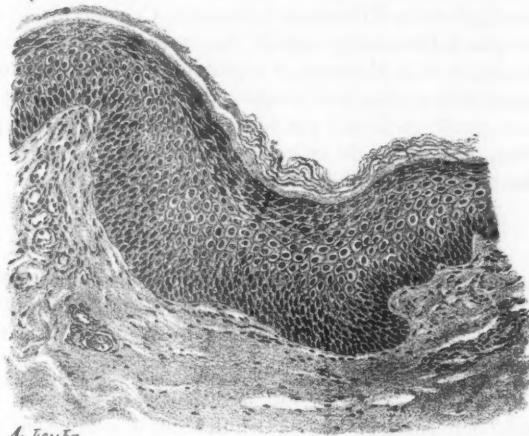


FIG. II. — Lésions aiguës ; prolifération active et irrégulière des diverses couches de l'épiderme.

quelque sorte injectées, gorgées de granulations d'éléidine, et qui affectent une forme polyédrique ; cette augmentation de volume, cette sorte d'expansion de la cellule en rend plus nettes les diverses parties, c'est-à-dire : le noyau gros et foncé, le protoplasma chargé de son pigment, et autour les stries scalariformes qui délimitent les cellules entre elles.

Non seulement toutes les cellules granuleuses comme toutes les cellules malpighiennes sont augmentées de volume ; non seulement leur nombre est accru par suite de la multiplication de leurs couches

constitutives, mais encore la séparation topographique et la différence descriptive de ces deux sortes d'éléments sont moins nettes : la forme générale des cellules est sensiblement la même ; en outre, dans les couches les plus superficielles du corps malpighien, on commence à voir apparaître les grains d'éléidine, qui peu à peu emplissent le protoplasma cellulaire ; et l'on passe insensiblement, progressivement, de la zone malpighienne à la zone granuleuse.

d) *Couches cornées.* — Ces couches sont peu atteintes dans les lésions aiguës : on note seulement un trouble de la kératose, la couche cornée gardant le carmin du picro-carmin.

B. — *Derme.*

Dans le derme, les altérations sont minimes. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques des papilles sont gorgés de leur contenu, et prennent sur les coupes une importance qu'ils n'ont pas sur celles de la peau normale. Cette turgescence vasculaire s'accompagne d'une notable multiplication d'éléments cellulaires. Ce sont surtout des éléments à noyau volumineux, ovoïde, clair avec des granulations prenant l'hématine et la thionine, et à protoplasma à peine coloré ; ces cellules sont surtout abondantes autour des vaisseaux dilatés de l'inflammation aiguë ; on ne voit pas de diapédèse de leucocytes à proprement parler, ni d'amas de cellules rondes. On n'observe pas de lésions dans les glandes ni dans les follicules pileux.

II. — *ÉTAT DE REPOS*

Si nous comparons maintenant à ces lésions celles qui répondent à l'état de repos de l'affection, nous noterons (fig. n° 3) des différences intéressantes. Nous suivrons ici encore le même ordre naturel de description.

A. — *Épiderme.*

a) *Couche génératrice.* — Les cellules qui la composent se disposent en trois ou quatre couches régulières ; leurs contours sont peu nets, mais elles se reconnaissent à leur orientation constante. Ces cellules sont augmentées de volume ; leur noyau est allongé et entouré d'une mince couche de protoplasma granuleux. D'autres cellules, et en grand nombre, sont chargées de pigment qui se colore par les réactifs acides, et qui est analogue à celui que nous retrouverons tout à l'heure dans le derme.

b) *Corps muqueux de Malpighi.* — Il est environ quadruplé d'épaisseur par rapport à celui de la peau normale des mêmes régions ; le nombre de ses couches constitutives est augmenté, et le volume de chaque cellule accru. Les limites des cellules, irrégulières, sont peu nettes ; leur noyau est globuleux, et tout autour le

protoplasma est généralement trouble : on y distingue 2 zones, une zone endoplasmique, assez large, répondant à la lame claire des cellules normales ; et une zone exoplasmique, sombre, granuleuse, dessinant un réseau plein intercellulaire, où l'on distingue par places des cordons striés scalariformes.

c) *Stratum granulosum*. — Cette couche comprend plusieurs strates de cellules bien ordonnées, aplatis, distinctes les unes des autres, et chargées d'éléidine. Celle-ci n'apparaît nullement dans les couches malpighiennes sous-jacentes. En un mot, la lésion consiste ici en une simple multiplication des couches cellulaires normales.

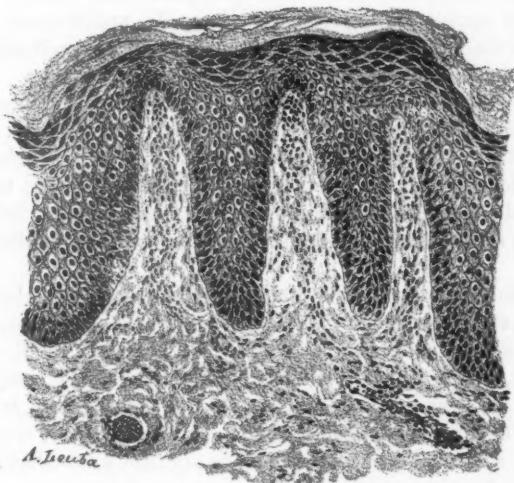


FIG. III. — Lésions à l'état de repos ; multiplication effectuée des couches de l'épiderme ; allongement papillaire.

d) *Couche cornée*. — Elle est notablement augmentée d'épaisseur et dessine des plis, des incisures, qui répondent aux sillons que nous avons décrits cliniquement. Elle comprend plusieurs assises de squelettes cellulaires à double contour nettement colorés en jaune par le picro-carmin, et dont quelques-unes contiennent encore un noyau vaguement coloré en rose. La desquamation s'y observe très nettement. Quelques-uns de ces plis sont comblés par des sortes d'amas de cellules cornées.

B. — *Derme*.

Le derme a subi ici la conséquence du processus inflammatoire épidermique. C'est dire qu'on y voit très nettement le banal allonge-

ment des papilles, comprises entre les piliers malpighiens proliférés. Enfin nous devons noter l'existence de cellules conjonctives allongées, vaguement irrégulières, et dont le protoplasma est chargé de grosses granulations prenant faiblement les couleurs acides ; ces cellules se rencontrent surtout dans les papilles et dans les portions tout à fait superficielles du derme. A part ces cellules, on remarque d'autres amas de pigment, ayant les mêmes caractères morphologiques et histochimiques, et la même répartition topographique, mais au milieu desquels on ne voit pas de noyau cellulaire.

Dans les couches profondes du derme, nous n'avons rien remarqué d'anormal ; les glandes sébacées et sudoripares sont saines ; le follicule pileux semble participer au processus de prolifération épidermique par un certain degré de multiplication de ses cellules malpighiennes constituantes.

En résumé, nous avons affaire là à de l'épidermite, dont nous pouvons suivre les manifestations immédiates et lointaines : A l'état aigu, c'est un processus d'activité cellulaire, qui se caractérise par la prolifération des diverses couches de l'épiderme : l'état de tuméfaction trouble des cellules malpighiennes témoigne de leur inflammation ; il en résulte encore la production exagérée et troublée d'éléidine.

Ces phénomènes d'activité cellulaire n'existent plus aux phases torpides de l'affection ; mais il en reste des lésions acquises importantes : c'est une multiplication simple des couches, qui sont régulièrement ordonnées, et des lésions cellulaires différentes de la tuméfaction trouble ; le stratum granulosum est plus abondant, mais la formation de l'éléidine reste cantonnée à cette zone. Par contre, les papilles se sont allongées, et le dépôt de pigment s'est effectué dans les cellules dermiques et dans les cellules génératrices.

III. — ÉVOLUTION DES LÉSIONS. — PATHOGÉNIE

D'après la description qui précède, il est possible de se rendre assez bien compte de la façon dont toutes ces lésions se développent.

Sous des influences diverses que nous allons bientôt passer en revue, les téguments péri-génitaux et péri-anaux s'irritent, prennent une teinte érythémateuse, et peu à peu subissent des lésions inflammatoires qui en modifient l'aspect. Au niveau des fossettes génito-crurales la peau est d'une extrême minceur et très probablement de la plus grande fragilité ; aussi est-ce en ces points, qui ne sont cependant pas d'ordinaire soumis à de très violents frottements, que se produisent les plus grandes modifications. Elles y simulent presque de la papillomatose, et cet aspect si spécial qu'elles y prennent

indique bien qu'elles s'y développent sous l'influence de simples irritations causées par des liquides pathologiques et non sous l'action de pressions traumatiques.

La face interne des cuisses et la zone moyenne péri-anale sont au contraire des régions au niveau desquelles des frottements se produisent : aussi les lésions y prennent-elles beaucoup plus nettement l'aspect de lésions traumatiques se rapprochant beaucoup comme allures générales des lichénifications.

Ces considérations ne sont pas purement théoriques : elles s'appuient sur l'analyse minutieuse des faits. C'est ainsi que nous avons vu chez une jeune femme de 20 ans, entrée le 7 février 1898, salle Natalis Guillot, n° 14, des lésions extrêmement accentuées, rouges et enflammées de la fossette génito-crurale gauche, coïncider avec l'existence sur la grande lèvre droite de trois chancres indurés volumineux ulcérés dont le pus baignait directement la fossette génito-crurale gauche. Au niveau de la fossette génito-crurale droite il n'y avait au contraire que quelques vestiges de sillons sans la moindre rougeur. Nous pourrions multiplier ces exemples.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné plus haut, il semble que dans beaucoup de cas l'état aphlegmasique de la lésion que nous avons décrite au niveau des fossettes génito-crurales soit consécutif à des poussées inflammatoires érythémateuses.

La maladie tend ensuite peu à peu à s'effacer lentement quand les sujets veulent bien continuer à prendre des soins d'hygiène ; mais nous ne pouvons affirmer qu'il en soit toujours ainsi.

Il est possible que sous l'influence du contact prolongé des liquides pathologiques les téguments des fossettes génito-crurales subissent peu à peu des modifications lentes modérément inflammatoires, qui n'arrivent jamais à la rougeur érythémateuse vraie, et qui produisent lentement l'état que nous avons décrit comme constituant la forme torpide de ces lésions.

Quoi qu'il en soit, on voit par notre description et par les considérations qui précédent que l'on doit en réalité distinguer, au point de vue objectif et pathogénique, deux ordres de lésions assez différentes dans ces modifications des téguments péri-génitaux : 1^o Des lésions d'inflammation épidermique, aiguës ou chroniques, érythémateuses ou non, qui siègent au niveau des fossettes génito-crurales et qui semblent résulter presque uniquement de l'action sur les téguments de liquides pathologiques. On peut en rapprocher les lésions de la troisième zone péri-anale ; 2^o Des lésions assez rarement érythémateuses, surtout pigmentées, à petits sillons minuscules, et à facettes brillantes qui résultent un peu du contact des liquides pathologiques, mais surtout des frottements l'une contre l'autre des fesses et des cuisses imprégnées de ces mêmes liquides.

Étiologie.

Il est donc facile de comprendre quelles peuvent être les causes des lésions que nous venons d'étudier. Elles s'observent chez presque toutes les femmes du peuple qui ont une affection des organes génitaux donnant lieu à un suintement quelconque.

Les femmes qui prennent des soins minutieux de toilette, et qui se tiennent en parfait état de propreté semblent en être indemnes.

Elles ne présentent pour ainsi dire jamais les lésions des fossettes génito-crurales : si elles sont grasses et transpirent facilement, la face interne de leurs cuisses et le pourtour de l'anus peuvent subir de légères modifications, quelque soin qu'elles prennent de leur personne.

En somme, les lésions que nous avons décrites n'atteignent guère leur complet développement que chez les femmes qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent se livrer à des toilettes minutieuses.

Elles sont surtout fréquentes chez les blennorrhagiques. Elles se développent chez elles avec beaucoup de rapidité, en quelques jours. Nous avons retrouvé le gonocoque à la surface de la plupart des lésions des fossettes génito-crurales qui offraient une teinte érythémateuse. En réalité, on peut dire qu'elles dépendent presque toujours de la blennorrhagie dont elles constituent des stigmates visibles qui permettent d'embrasser la présence de cette affection.

Néanmoins, il faut savoir que des écoulements d'autre nature peuvent aussi leur donner naissance. Nous les avons observées à la suite de leucorrhées abondantes non gonococciques, chez des lymphatiques, à la suite de métrites, et surtout chez des personnes atteintes de chancres indurés géants ou multiples, de syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques des organes génitaux.

TRAITEMENT

Le traitement est des plus simples, et il découle tout naturellement de ce qui précède.

Il suffit de soustraire les régions atteintes aux causes qui produisent les lésions, aux contacts des liquides irritants et aux frottements.

On soignera donc la maladie, cause première, blennorrhagie, syphilis, métrite, leucorrhée, pour épuiser tout écoulement.

On fera trois fois par jour au moins une toilette soigneuse des régions malades avec des liquides aseptiques, eau boriquée chaude par exemple, additionnée d'un peu de coaltar saponiné ou d'eau blanche.

Puis on poudrera toutes ces régions avec une poudre inerte quelconque, talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, ceyssatite, etc.

Au bout de quelques heures l'amélioration est obtenue par ce

procédé. En quelques jours l'état inflammatoire, quand il existe, a disparu; l'état torpide est lui-même assez vite modifié dans son aspect.

En somme, ces lésions n'ont que fort peu d'importance en elles-mêmes, et il suffit de soins un peu assidus de propreté et de quelques pansements secs empêchant les parties malades d'être irritées par le contact des liquides pathologiques pour obtenir une disparition rapide de ces accidents.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

FIG. 1. — Lésion à l'état aigu.

a) Pénis. — b) Fesses. — c) Cuisses. — d) Vulve. — e) Grandes lèvres. — f) Pli génito-crural. — g) Fossette génito-crurale au niveau de laquelle existent les lésions caractéristiques à l'état inflammatoire : on remarquera sur le schème une tendance voulue à la division qui existe assez souvent en deux parties inégales de la plaque génito-crurale. — h) Zone un peu plus claire et un peu moins malade entre la fossette génito-crurale et les lésions de la face interne des cuisses. — l) Plaques de la face interne des cuisses avec leur forme allongée caractéristique. — m) Zone interne fortement pigmentée péri-anale avec plis radiés de l'anus exagérés. — n) Zone moyenne péri-anale d'un rouge assez vif. — o) Zone externe péri-anale étroite nettement arrêtée, surtout extérieurement, rouge et pigmentée à la fois.

FIG. 2. — Lésions à l'état de repos.

a) b) c) d) e) f) Comme pour la fig. 1. — g) Fossette génito-crurale gauche au niveau de laquelle les lésions caractéristiques existent à l'état torpide. — g) Fossette génito-crurale droite au niveau de laquelle les lésions sont disposées par bandes parallèles séparées par des zones au niveau desquelles la peau est presque indemne. — l) et h) Comme dans la fig. 1, mais beaucoup moins accentuées et à l'état torpide. — m) n) o) Comme dans le fig. 1, mais à l'état torpide; en outre la zone externe o est beaucoup moins étendue que dans la fig. 1, et en avant elle vient mourir vers la racine postérieure des grandes lèvres et non plus comme en l vers le pli génito-crural.

FIG. 3. — Détail des lésions des fossettes génito-crurales.

On y voit nettement : a) les sillons avec leurs sinuosités, leur direction générale parallèle, leurs courbures à angle droit. — b) Les zones blanches situées à côté des sillons. — c) Les teintes plus foncées du reste des zones intermédiaires aux sillons. — e) Les saillies folliculaires juxtaposées aux sillons.

FIG. 4. — Détail des lésions des fossettes génito-crurales.

a) Gros sillons ou sillons principaux. — b) Zone de bordure formant crête et de coloration plus blanche. — c) Zone aplatie paraissant un peu plus teintée que la précédente aux incidences de la lumière. — d) Sillons secondaires transversaux. — e) Sillons verticaux secondaires.

FIG. 5. — Figure servant à montrer schématiquement quelle est la disposition approximative des fins sillons de la peau en l.

Étiologie.

Il est donc facile de comprendre quelles peuvent être les causes des lésions que nous venons d'étudier. Elles s'observent chez presque toutes les femmes du peuple qui ont une affection des organes génitaux donnant lieu à un suintement quelconque.

Les femmes qui prennent des soins minutieux de toilette, et qui se tiennent en parfait état de propreté semblent en être indemnes.

Elles ne présentent pour ainsi dire jamais les lésions des fossettes génito-crurales : si elles sont grasses et transpirent facilement, la face interne de leurs cuisses et le pourtour de l'anus peuvent subir de légères modifications, quelque soin qu'elles prennent de leur personne.

En somme, les lésions que nous avons décrites n'atteignent guère leur complet développement que chez les femmes qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent se livrer à des toilettes minutieuses.

Elles sont surtout fréquentes chez les blennorrhagiques. Elles se développent chez elles avec beaucoup de rapidité, en quelques jours. Nous avons retrouvé le gonocoque à la surface de la plupart des lésions des fossettes génito-crurales qui offraient une teinte érythémateuse. En réalité, on peut dire qu'elles dépendent presque toujours de la blennorrhagie dont elles constituent des stigmates visibles qui permettent d'embrasser de soupçonner la présence de cette affection.

Néanmoins, il faut savoir que des écoulements d'autre nature peuvent aussi leur donner naissance. Nous les avons observées à la suite de leucorrhées abondantes non gonococciques, chez des lymphatiques, à la suite de métrites, et surtout chez des personnes atteintes de chancres indurés géants ou multiples, de syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques des organes génitaux.

TRAITEMENT

Le traitement est des plus simples, et il découle tout naturellement de ce qui précède.

Il suffit de soustraire les régions atteintes aux causes qui produisent les lésions, aux contacts des liquides irritants et aux frottements.

On soignera donc la maladie, cause première, blennorrhagie, syphilis, métrite, leucorrhée, pour épouser tout écoulement.

On fera trois fois par jour au moins une toilette soigneuse des régions malades avec des liquides aseptiques, eau boriquée chaude par exemple, additionnée d'un peu de coaltar saponiné ou d'eau blanche.

Puis on poudrera toutes ces régions avec une poudre inerte quelconque, talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, ceyssatite, etc.

Au bout de quelques heures l'amélioration est obtenue par ce

procédé. En quelques jours l'état inflammatoire, quand il existe, a disparu; l'état torpide est lui-même assez vite modifié dans son aspect.

En somme, ces lésions n'ont que fort peu d'importance en elles-mêmes, et il suffit de soins un peu assidus de propreté et de quelques pansements secs empêchant les parties malades d'être irritées par le contact des liquides pathologiques pour obtenir une disparition rapide de ces accidents.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

FIG. 1. — Lésion à l'état aigu.

a) Pénis. — b) Fesses. — c) Cuisses. — d) Vulve. — e) Grandes lèvres. — f) Pli génito-crural. — g) Fossette génito-crurale au niveau de laquelle existent les lésions caractéristiques à l'état inflammatoire : on remarquera sur le schème une tendance voulue à la division qui existe assez souvent en deux parties inégales de la plaque génito-crurale. — h) Zone un peu plus claire et un peu moins malade entre la fossette génito-crurale et les lésions de la face interne des cuisses. — i) Plaques de la face interne des cuisses avec leur forme allongée caractéristique. — m) Zone interne fortement pigmentée péri-anale avec plis radiés de l'anus exagérés. — n) Zone moyenne péri-anale d'un rouge assez vif. — o) Zone externe péri-anale étroite nettement arrêtée, surtout extérieurement, rouge et pigmentée à la fois.

FIG. 2. — Lésions à l'état de repos.

a) b) c) d) e) f) Comme pour la fig. 1. — g) Fossette génito-crurale gauche au niveau de laquelle les lésions caractéristiques existent à l'état torpide. — g) Fossette génito-crurale droite au niveau de laquelle les lésions sont disposées par bandes parallèles séparées par des zones au niveau desquelles la peau est presque indemne. — l) et h) Comme dans la fig. 1, mais beaucoup moins accentuées et à l'état torpide. — m) n) o) Comme dans la fig. 1, mais à l'état torpide; en outre la zone externe o est beaucoup moins étendue que dans la fig. 1, et en avant elle vient mourir vers la racine postérieure des grandes lèvres et non plus comme en 1 vers le pli génito-crural.

FIG. 3. — Détail des lésions des fossettes génito-crurales.

On y voit nettement : a) les sillons avec leurs sinuosités, leur direction générale parallèle, leurs courbures à angle droit. — b) Les zones blanches situées à côté des sillons. — c) Les teintes plus foncées du reste des zones intermédiaires aux sillons. — e) Les saillies folliculaires juxtaposées aux sillons.

FIG. 4. — Détail des lésions des fossettes génito-crurales.

a) Gros sillons ou sillons principaux. — b) Zone de bordure formant crête et de coloration plus blanche. — c) Zone aplatie paraissant un peu plus teintée que la précédente aux incidences de la lumière. — d) Sillons secondaires transversaux. — e) Sillons verticaux secondaires.

FIG. 5. — Figure servant à montrer schématiquement quelle est la disposition approximative des fins sillons de la peau en L.

QUELQUES CAS DE PELADE TRAITÉS PAR LES RAYONS CHIMIQUES CONCENTRÉS

Par O. Jersild,

Chef de clinique de l'hôpital de l'Ouest,
Sous-chef de la Polyclinique de dermatologie.

TRAVAIL DE L'INSTITUT FINSEN DE COPENHAGUE

A la séance de la Société de médecine de Copenhague du 15 novembre 1898, le Dr Forchhammer, chef de clinique de l'Institut Finsen, a présenté 50 cas de malades atteints de lupus et traités par la méthode de M. Finsen, et les résultats ont dépassé les attentes les plus hardies. Les 50 malades, dont plusieurs présentaient des formes invétérées et ulcérées de lupus ont tous été guéris avec de belles cicatrices, blanches et à peine visibles, et l'examen le plus minutieux n'a pu découvrir de trace de tubercules dans la peau. Mais aujourd'hui il est encore difficile d'évaluer la portée de la découverte de Finsen, déjà connue en France par sa publication dans la *Semaine médicale* (1) et par la communication du Dr Bang au Congrès de la tuberculose à Paris ; cependant on peut dire, sans craindre d'être contredit, qu'elle ouvre de vastes horizons thérapeutiques, surtout dermatothérapeutiques.

Les résultats bactériologiques des auteurs [Downes et Blunt (2), Duclaux (3), Arloing (4), Geisler (5), Buchner (6), d'Arsonval et Charrin (7)], ont montré que la lumière possède des propriétés bactéricides

(1) FINSEN. Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés. *Semaine médicale*, 1897, 22 décembre.

(2) DOWNES AND BLUNT. Researches on the effect of light upon bacteria and other organisms. *Proceedings of the Royal Society of London*, vol. XXVI, 1877, p. 488.

(3) DUCLAUX. Influence de la lumière du soleil sur la vitalité du *micrococcus*. *C. R. Acad. des sciences*, août 1885, t. CI.

(4) ARLOING. Influence de la lumière sur la végétation et les propriétés pathogènes du bacillus anthracis. *Comptes rendus Acad. des sciences*, 9 février 1885, t. C, p. 378.

(5) GEISLER. Zur Frage über die Wirkung des Lichtes auf Bakterien. *Centralblatt f. Bacteriologie*, Bd. XI, 1892, p. 161.

(6) BUCHNER. Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bacterien und über die Selbstreinigung der Flüsse. *Arch. f. Hygiene*, Bd. XVII, 1893, p. 179.

(7) D'ARSONVAL et CHARRIN. Influence des agents atmosphériques, en particulier de la lumière et du froid sur le bacille pyocyanique. *Semaine médicale*, 1894, p. 26.

et, par les recherches de M. Finsen (1) et ses collaborateurs (2), nous avons appris que les rayons chimiques concentrés sont un moyen bactéricide de haute valeur qui tue les micro-organismes dans la profondeur des tissus sans altérer ces derniers ni produire de réaction locale nuisible. Il n'existe pas de méthode thérapeutique plus idéale des maladies parasitaires de la peau. Voici les conditions de fonctionnement : 1^o la lumière qu'on fait agir doit être assez forte ; 2^o les rayons calorifiques doivent être éliminés ; 3^o il faut suffisamment prolonger l'action lumineuse.

La pelade présente des conditions particulièrement favorables pour la mise en œuvre de ce procédé thérapeutique. La discussion de l'étiologie de la pelade est déjà vieille ; mais il semble que les dermatologistes allemands, jusqu'à ces jours anti-contagionnistes, aient commencé à partager la croyance à la nature infectieuse de la pelade, depuis longtemps soutenue par l'école française. Il est intéressant de constater que, dans la dernière édition de son livre sur les maladies de la peau, Lesser a abandonné son opinion sur l'origine uniquement nerveuse de l'alopecie peladique et distingue maintenant deux formes : la forme trophéurotique et la forme parasitaire. Mais qui-conque est au courant des belles et remarquables publications françaises des dernières années sur l'étiologie de la pelade (Sabouraud et autres), s'étonne que l'idée de l'origine parasitaire ne soit pas parvenue à recruter plus d'adhérents en Allemagne.

Je sais bien qu'il faut disposer d'un grand nombre d'observations pour fixer des résultats thérapeutiques, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie qui, comme la pelade, tend à guérir spontanément. Pourtant nous nous sommes décidé à publier les résultats de ce traitement, parce que la maladie est très rare chez nous, si rare qu'il s'écoulerait peut-être des années avant d'avoir eu à notre disposition un assez grand nombre de malades.

La plupart des observations proviennent de la Polyclinique de dermatologie de Copenhague ; deux cas m'ont été adressés par des confrères de notre ville. Tous les malades peladiques ont été traités par la lumière électrique à l'Institut Finsen.

M. le professeur Finsen a suivi ce travail avec un grand intérêt et permis la publication des observations, et M. le Dr Ludvig Nielsen, mon chef de la Polyclinique, a mis à ma disposition ces malades. Je les prie d'agrérer l'expression de ma vive reconnaissance.

Une longue liste des médicaments et des méthodes employés dans le traitement d'une maladie fait mal augurer de leur efficacité. En ce

(1) FINSEN. *Om Auvendeles i Medicinen af koncentrerede kemiske Lysstraaler.* Copenhague, 1896.

(2) BIE et LARSEN. Notes bactériologiques de l'Institut Finsen. *Meddelelser fra Finsens medicinske Lysinstitut.* Copenhague, janv. 1899.

qui concerne la pelade, on s'aperçoit bientôt, en compulsant les grands traités thérapeutiques, que les résultats sont hors de proportion avec les efforts et la sagacité déployés. La plupart des dermatologues allemands sont de vrais nihilistes en ce qui concerne la thérapeutique de la pelade; pour n'en citer que quelques exemples, Kaposi (1) dit: « La thérapeutique manque, à l'égard de cette maladie, de toute base positive et, en tant qu'empirique, de toute certitude; elle ne peut ni en abréger la durée, ni empêcher qu'elle éclate sur un nouveau point. — Le temps du reste agit évidemment plus et mieux que tout ce que l'on peut faire », et Lesser (2) soutient qu'il n'existe pas de moyen capable d'arrêter la chute des cheveux ou d'en faire pousser de nouveaux, et il prescrit « *ut aliquid fiat* » le traitement ordinairement employé.

Les divers procédés français (méthodes Vidal, Besnier, etc.) consistent tous en deux séries d'opérations: 1^o l'application locale de topiques irritants, et 2^o l'antisepsie prophylactique du cuir chevelu. Sabouraud (3), qui a constaté, pour la pelade, l'existence d'une bactérie, spécifique peut-être (*micro-bacille de l'utricule peladique*), suppose que la chute des cheveux est due à l'action des toxines de cette bactérie sur la papille pilaire. Selon lui, l'application des toxiques irritants locaux serait rationnelle, car l'hyperhémie consécutive facilite l'élimination des toxines stagnantes, tandis que l'action des antiseptiques sur la plaque même serait insuffisante, attendu que ces derniers ne pénètrent pas.

Brocq dit (4): « Le traitement de M. le Dr E. Vidal nous a semblé donner des résultats fort rapides: il peut guérir une pelade caractérisée par des plaques de moyenne grandeur en trois à six mois; il en est à peu près de même de celui de M. le Dr E. Besnier. »

Donc, les méthodes françaises les plus rapides prennent au moins de trois à six mois.

Il me paraît à propos, avant de passer à l'exposé succinct des observations, de signaler sur quelles propriétés de la lumière est basé le traitement de la *pelade vulgaire*, affection qui, selon moi, est parasitaire, et de décrire brièvement la méthode appliquée.

Les facteurs qui ont évidemment l'importance la plus grande dans l'action de la lumière sont:

1^o L'action bactéricide de la lumière en profondeur;

2^o L'action incitante de la lumière relativement à la pousse des cheveux;

(1) M. KAPOSI. *Pathologie et traitement des maladies de la peau*. Traduct. par E. Besnier et A. Doyon; 2^e édit., Paris, 1891, p. 194-196.

(2) LESSER. *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. I. Leipzig, 1896.

(3) SABOURAUD. Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade. *Annales de dermatologie*, 1896.

(4) BROcq. *Traitemennt des maladies de la peau*. Paris, 1892.

3^e La provocation par la lumière d'une irritation cutanée locale.

1^e L'action bactéricide de la lumière a été constatée par les recherches des auteurs déjà cités; et le pouvoir pénétrant de l'action bactéricide a été démontré par les résultats manifestes du traitement du lupus et par les expériences bactériologiques de Finsen (1).

2^e Jusqu'ici, à ma connaissance, un seul auteur a fait des recherches sur l'action de la lumière relativement à la pousse des ongles et des cheveux (2); d'après lui la lumière favoriserait la pousse des cheveux. Quelques observations populaires sur ce sujet, que je mentionnerai brièvement, sans y attacher une importance plus particulière, sont connues de tout le monde. On sait, par exemple, qu'il est plus souvent nécessaire de se raser en été que pendant l'hiver, et l'on dit aussi que la barbe se développe d'avantage dans les climats du midi que dans nos pays. Je puis rapporter quelques observations de l'Institut Finsen, dans lesquelles on a constaté la pousse des poils autour des lésions lupiques traitées par la lumière.

Obs. 1. — K. R..., 21 ans, plaque de *lupus* traitée pendant quatre heures par la lumière électrique durant les premiers jours de septembre.

16 janvier 1897. La plaque est entourée d'une bordure de poils forts. Ils ont commencé à pousser il y a un mois, lorsque la plaque fut guérie.

Obs. 2. — E. R... *Lupus*. Traitement commencé le 10 septembre 1896.

15 janvier 1897. Les alentours de la cicatrice sont plus velus que les autres parties de la peau saine.

14 avril 1897. Il y a une pigmentation remarquable de la peau saine autour de la plaque qui a été malade et une pousse considérable de lanugo.

24 avril 1897. Les poils sont plus nombreux autour des bords de la cicatrice que sur les autres parties saines.

Pour compléter ces observations, je peux ajouter que les infirmières de l'Institut pensent que leurs bras, qui sont exposés quotidiennement à la lumière électrique, sont plus velus qu'auparavant. Quoi qu'il en soit, la lumière ne semble pas avoir une influence délétère sur la pousse des poils; au contraire, elle semble donner plus d'activité aux papilles pilaires.

3^e Sans doute les résultats des méthodes françaises du traitement de la pelade sont dus à l'emploi énergique de topiques irritants et à l'hyperhémie consécutive (3). La dermatite locale, provoquée par le

(1) FINSEN. *L. c.*

(2) BERTOLD. *Müller's Arch. f. Anatomie und Physiologie*, 1850, p. 156.

(3) Le traitement le plus récent de la pelade (JACQUET). Traitement de la pelade par l'irritation aseptique simple. *Annales de dermatologie*, 1898, p. 1136) est basé seulement sur l'irritation mécanique provoquant l'hyperhémie (acupuncture de l'aire peladique et de sa bordure).

Voyez la théorie déjà citée de Sabouraud expliquant l'action des topiques locaux.

traitement lumineux — car l'observation révèle chaque jour à l'Institut Finsen, que la lumière peut produire une dermatite locale caractérisée par de la rougeur et une desquamation consécutive, quelquefois aussi accompagnée de vésication et d'escharification, — est aussi, sans doute, un élément de quelque importance, mais il faut remarquer que la réaction locale n'a presque jamais dépassé la dermatite la plus superficielle.

Tous les cas ont été traités par la lumière électrique (arc voltaïque de 50 à 80 ampères). Je ne sais si la lumière du soleil vaut mieux ; c'est possible, car d'après M. Finsen le soleil constitue assurément le meilleur foyer lumineux.

Les communications antérieures de M. Finsen, auxquelles je renvoie (1), ont fait connaître les appareils employés ; j'ajouterai seulement que toutes les alopecies ont été traitées avec les appareils les plus récents, munis de lentilles en cristal de roche laissant passer des rayons ultra-violets qui sont absorbés en grande partie par le verre ordinaire. Pour attaquer directement la zone d'extension, on a toujours fait raser (nous n'avons pas employé l'épilation) la bordure de la plaque peladique sur une étendue de 1 centimètre et demi. Puis, dans des séances quotidiennes d'une heure un quart, on a traité par la lumière toute la plaque et la zone rasée. Lorsque toute la plaque a été traitée (le nombre de séances nécessaires a été naturellement en proportion de la grandeur de la plaque), on a commencé le traitement d'une autre plaque peladique.

Lorsque toutes les parties malades ont été traitées, le traitement est fini, et le malade doit revenir tous les huit jours pour faire constater son état. Afin d'éviter la propagation de la maladie, on a fait tous les jours un savonnage des parties saines du cuir chevelu et une friction antiseptique au sublimé. Les chapeaux ont été détruits, et les objets de toilette désinfectés, et on a interdit l'usage des éponges ; pour les lavages on a toujours recommandé l'emploi des tampons d'ouate.

Finsen a constaté qu'il faut chasser le sang autant que possible des régions destinées à subir le traitement, afin de tuer par la lumière les micro-organismes dans la profondeur des tissus, et il a construit des appareils compresseurs en cristal de roche. Nous avons employé ce compresseur chez la plupart des malades, mais quelquefois le traitement a réussi aussi sans compression, sans doute parce que dans la pelade les micro-organismes sont situés plus près de la surface que les bacilles de Koch dans les affections lupiques.

L'élimination complète des rayons caloriques étant impossible, il faut, pendant la séance, refroidir de temps en temps la peau avec de l'eau fraîche.

(1) FINSEN. *L. c.*

Le traitement lumineux, bien dirigé, ne cause pas de douleur.

Obs. 1. — H... Philippe, 15 ans, est entré à l'Institut le 3 septembre 1897.

Antécédents. — Pas de contagion signalée. Le malade s'est aperçu de la maladie au commencement de juin ; il avait alors une plaque alopécique de la grandeur d'une pièce de 20 centimes et qui s'est toujours agrandie.

État actuel. — Plaque complètement chauve de 6 centimètres sur 4, située entre l'oreille et la partie médiane de la tête. Bord inférieur de la plaque situé à quelques centimètres au-dessous d'une ligne répondant au bord supérieur de l'oreille. Cheveux en point d'exclamation (en massue).

Traitements commencé le 3 septembre 1897.

Traitements terminé le 24 septembre 1897, après 8 séances.

4 octobre. Cheveux lanugineux fins recouvrant la plaque.

5 novembre. Pousse normale des cheveux ; point de cheveux en point d'exclamation.

12 janvier 1898. *Récidive locale.* Il reste encore une aire sans cheveux, de 2 centimètres et demi sur 2 centimètres, de forme triangulaire.

Traitements repris le 12 janvier.

Traitements cessé le 16 janvier, après 5 séances d'une heure.

22 janvier. Petits cheveux fins sur le triangle susdit.

29 mars. La cicatrice (1) sans cheveux ; mais, sur les autres parties de la plaque, la pousse est aussi vigoureuse que sur le reste de la tête.

11 juillet. Il y a toujours une cicatrice causée par la brûlure ; du reste, la chevelure est tout à fait drue ; pas de cheveux sans adhérence.

21 octobre. Toujours pas de changements ; cheveux drus de couleur normale.

Période de surveillance : environ 9 mois après la cessation du traitement.

Obs. 2. — N... M., 52 ans, entrée le 24 janvier 1898.

Antécédents. — Pas de contagion signalée.

L'affection a débuté un peu avant Noël par une plaque au-dessus de l'oreille gauche. La plaque a constamment grandi. La malade s'est contentée de lotions au savon de naphtol.

État actuel. — 1^o Plaque de 8 centimètres sur 5, au-dessus de l'oreille gauche, et presque complètement chauve.

2^o Plaque de 3 centimètres sur 3 au-dessus de l'oreille droite.

3^o Plaque grande à peu près comme une pièce de 20 centimes au sommet de la tête.

Traitements commencé le 24 janvier 1898.

Traitements cessé le 14 février après 29 séances d'une heure. Durant ces 29 séances on a traité les plaques 2 et 3, ainsi que le bord antérieur de la plaque ; pas de forte réaction, seulement un peu de rougeur.

1^{er} juillet. La malade n'est revenue qu'aujourd'hui. La plaque 2 est guérie. La plaque 3 l'est aussi.

(1) Quand on traita la zone rasée, il se forma en dessous du bord supérieur une bulle grande comme une pièce de 20 francs et qui laissa une croute suivie d'une cicatrice.

Sur la plaque 1 la partie antérieure est couverte de cheveux assez drus, fins et gris, sans chute; à sa partie postérieure, qui n'a pas subi le traitement lumineux, la plaque s'est considérablement élargie.

Traitements repris le 1^{er} juillet sur la partie postérieure de la plaque et sur son expansion ultérieure.

Traitements cessé le 19 juillet après 14 séances.

21 octobre. Toutes les plaques sont abondamment couvertes d'une chevelure normale à poils fixes. Les cheveux des plaques sont fort grissons, tandis qu'ailleurs ils sont d'un noir pur.

Période de surveillance après la cessation du traitement: environ 8 mois pour les parties traitées les premières, et environ 3 mois pour la plaque traitée en dernier lieu.

OBS. 3. — H..., 15 ans, entré le 11 février 1898.

Antécédents. — Le malade a porté des livres à un adjoint qui, dit-on, a cette maladie. Chez notre malade, le début date d'environ 3 mois sous forme de 2 plaques. La plaque 1 surtout s'est fortement agrandie.

État actuel. — 1^o Plaque de 5 centimètres sur 3 un peu à gauche et en avant du vertex.

2^o Plaque de 3 centimètres sur 2 immédiatement à droite du vertex. Cheveux sans adhérence au pourtour; bords un peu circinés.

Traitements commencé le 11 février 1898.

Traitements cessé le 22 février après 11 séances.

7 mars. L'affection semble guérie; car, le long des bords des plaques, les cheveux sont normaux et la chevelure croît partout abondamment.

2 mai. Chevelure saine sur les anciennes plaques. Il est survenu 3 nouvelles plaques:

3^o Une plaque ronde de 1 centimètre et demi de diamètre, au-dessus de l'oreille gauche;

4^o Une plaque de 1 centimètre et demi en plein vertex, à côté de l'ancienne plaque 2;

5^o Une plaque de forme irrégulière, à droite du vertex.

Traitements repris le 2 mai.

Traitements cessé le 27 mai, après 38 séances.

13 juin. Toutes les plaques sont couvertes de cheveux. Pas de poils malades sur les bords; pas de pellicules.

21 octobre. Pas de traces de la maladie. Pousse et couleur des cheveux tout à fait normales.

Période de surveillance après la cessation du traitement, 8 mois pour les premières plaques, et environ 5 pour les dernières.

OBS. 4. — Agnès K..., 9 ans, entrée le 28 avril 1898.

Antécédents. — Début il y a huit semaines.

Bien que constamment traitée à la policlinique, l'affection n'a cessé de faire des progrès.

État actuel. — 1^o Plaque ronde, de 6 centimètres de diamètre, à la nuque, à gauche de la ligne médiane.

2^o Plaque ronde, de 4 centimètres de diamètre, au milieu de la nuque sur la lisière de la chevelure.

3^o Plaque oblongue, de 3 centimètres sur 1 centimètre et demi, au sommet de la tête, au-dessus de l'oreille droite.

4^e Plaque ronde, de 2 centimètres de diamètre à environ 4 centimètres au-dessous et en arrière de la plaque 3. Ces plaques sont entièrement chauves, lisses et blanches.

Sur les bords, les poils tiennent mal ; en plusieurs endroits, les poils du bord sont en point d'exclamation.

Traitemennt commencé le 28 avril 1898.

Traitemennt interrompu le 21 mai pour cause d'une lésion du fémur.

Traitemennt repris le 6 juin.

Traitemennt cessé le 13 juin après un total de 48 séances.

6 juillet. Toutes les plaques sont guéries, et la pousse des cheveux est normale.

26 juillet. *Idem.*

21 octobre. Chevelure tout à fait normale ; pas trace de maladie.

Période de surveillance après la cessation du traitement, 4 mois.

Obs. 5. — Johannes S..., 23 ans. Étudiant, entré le 16 août 1898.

Antécédents. — Plaque chauve observée il y a quinze jours. Traité par le liniment du Dr Besnier (chloral, acide acétique cristallisble, éther).

État actuel. — Plaque de 2 centimètres sur 3, quelques centimètres à gauche de la tubérosité occipitale. Cheveux sans adhérence sur les bords.

Traitemennt commencé le 16 août.

Traitemennt cessé le 18 août au bout de 3 séances.

26 août. La plaque est restée de même grandeur ; un peu rouge. En un seul point, la rougeur est un peu plus forte et il y a de la desquamation. Quelques poils sans adhérence, mais pas de cheveux en point d'exclamation. Pousse active de cheveux fins.

Traitemennt repris le 17 septembre.

Traitemennt cessé le 22 septembre après 5 séances.

21 octobre. Chevelure abondante. Les poils sont un peu plus décolorés que ceux des parties environnantes. Sur la partie mentionnée plus haut les poils sont de moins en moins drus. D'ailleurs pas de signes suspects.

26 novembre. En général, les cheveux ont bien poussé. Les poils sont encore un peu décolorés. Sur une aire large comme un pois, la chevelure est clairsemée.

Période de surveillance après la cessation du traitement environ deux mois.

Obs. 6. — Ervin G..., 8 ans 9 mois ; entré le 10 octobre 1898.

Antécédents. — L'affection dure depuis deux mois. Pas de traitement.

État actuel. — 1^e Plaque allongée, de forme irrégulière, mesurant 4 centimètres sur 2 à gauche du vertex, à 5 centimètres au-dessus de l'oreille et un peu en arrière.

2^e Plaque ronde, grande comme une pièce de 20 centimes, à environ 10 centimètres au-dessus de l'oreille droite.

3^e Six petites plaques sur la nuque, à près de 5 centimètres au delà de la limite des cheveux, et une plaque petite, oblongue au milieu de la tête à chevelure dégarnie. Cheveux en point d'exclamation sur les bords.

Traitemennt commencé le 10 octobre.

Traitemennt cessé le 24 octobre après 13 séances.

31 octobre. Pas de cheveux qui tiennent mal.

7 novembre. Pas de nouvelles plaques. La plupart des petites plaques sont assez velues, mais encore visibles. La plaque située au-dessus de l'oreille gauche n'a pas augmenté de dimension ; on voit à sa surface quelques rares poils épars qui sont d'aspect normal. Pas de poils sans adhérence.

21 novembre. La plupart des petites plaques sont à peine visibles ; la plaque entièrement chauve se couvre de plus en plus. Pas de poils sans adhérence.

Période de surveillance après la cessation du traitement : environ un mois.

Obs. 7. — Holger V.-S., 50 ans, marchand de tabac ; entré le 8 novembre 1898.

Antécédents. — Se prétend contaminé par une connaissance atteinte de pelade décalvante. La plaque actuelle ne cesse de s'agrandir lentement depuis deux ou trois mois.

État actuel. — Plaque ronde à la tempe gauche, 3 centimètres de diamètre. Poils sans adhérence au bord. Pas de poils en point d'exclamation. Traitement commencé le 8 novembre.

Traitement cessé le 12 novembre après 4 séances.

18 novembre. Duvet manifeste sur la plaque entière.

26 novembre. Les cheveux poussent activement sur toute la plaque, mais sont encore dépourvus de pigment. La plaque ne s'est pas étendue. Point de poils sans adhérence.

20 décembre. Les cheveux continuent à bien pousser ; sont encore sans pigment. Point de poils sans adhérence.

Période de surveillance après la cessation du traitement : cinq semaines.

La discussion des observations sera aussi succincte que possible.

Le cas le plus instructif est celui de la malade de l'observation 2. Cette femme, atteinte de pelade depuis un mois, présentait trois plaques assez grandes qui s'étendaient toujours par les bords. Le traitement des deux plaques et du bord antérieur de la troisième (plaque 1), étant terminé, la malade cessa de venir à l'Institut ; elle fut invitée à revenir, et l'on constata alors qu'après quatre mois et demi les parties traitées par la lumière étaient guéries, tandis que la moitié postérieure, non traitée, de la plaque 1 s'étendait toujours.

Il n'y a pas de doute que la maladie, qui s'étendait pendant toute cette période, n'ait été directement influencée par le traitement, et l'action presque spécifique de la lumière guérit aussi la moitié postérieure persistante de la plaque. Les longs intervalles, auxquels la malade, par suite de sa négligence, fut vue à l'Institut, ne permettent pas de fixer le jour de sa guérison, mais ils font ressortir plus nettement les résultats du traitement.

Dans la belle observation 3, la guérison des plaques nouvelles dix-sept jours après la cessation du traitement, est plus probante que la guérison, également rapide, des deux plaques primitives. Car,

celles-ci, qui dataient déjà de trois mois, auraient pu guérir spontanément, tandis que, pour les nouvelles plaques, cette interprétation doit être rejetée.

On peut dire que, dans tous les cas, la poussée des cheveux a été extrêmement rapide. Dans l'observation 1 on a constaté de petits poils onze jours après la cessation du traitement (un mois après le commencement de la cure) et des cheveux de structure ordinaire au bout de 2 mois; la petite récidive locale présente déjà des poils fins 10 jours après le commencement du traitement.

La guérison la plus tardive (2 mois 1/4) a été constatée dans l'observation 4, mais dans ce cas l'affection était très étendue et en progression active; de plus, il faut remarquer que le traitement a été interrompu pendant 16 jours.

La réaction la plus rapide se voit dans l'observation 7, où il y a une poussée de petits poils sur la plaque, 10 jours après le commencement du traitement.

Des cheveux en massue, qui constituent, d'après Sabouraud, un symptôme de la propagation de la pelade, ont été observés dans trois cas; des cheveux sans adhérence aux environs de la plaque ont été constatés quatre fois; cinq fois, les malades ont remarqué eux-mêmes que la maladie s'étendait.

Une fois seulement il y a eu récidive locale (obs. 1). Le développement de plaques en d'autres parties du cuir chevelu (obs. 3) ne saurait, bien entendu, être reproché au traitement lumineux, mais plutôt à l'insuffisance de l'antiseptie générale.

La période de surveillance la plus longue après la cessation du traitement sans récidive a été de 8 à 9 mois (obs. 1, 2, 3).

Le seul accident qu'on ait observé pendant le traitement arriva dans l'observation 1 où une petite brûlure fut suivie d'une alopécie persistante. Dans tous les autres cas, la réaction locale n'a pas dépassé la dermatite la plus superficielle.

Après le traitement lumineux, comme après les autres traitements et après la guérison spontanée, les cheveux qui se développent sont des poils fins dépourvus de pigment; parfois même les poils restent dépourvus de pigment quoiqu'ils aient repris leur forme normale (obs. 5). Il est impossible de formuler actuellement le pronostic du traitement lumineux de la *pelade décalvante*. J'espère que cette forme, qui sans doute est le résultat de la croissance et de la confluence de petites plaques peladiques disséminées, pourra être évitée par le traitement des petites alopécies dès leur début.

L'ORIGINE PARASITAIRE DE L'ECZÉMA (1)

Par le Dr **Leredde.**

Un travail que j'ai écrit récemment sur l'eczéma, *Maladie parasitaire de la peau*, m'a valu la bonne fortune d'une critique du Dr Török, publiée dans le dernier numéro des *Annales de dermatologie*. Je suis heureux de saisir l'occasion qui m'est ainsi offerte de m'étendre sur quelques arguments que j'ai exposés en faveur de la théorie parasitaire et de mettre leur valeur en relief.

A lire la discussion du Dr Török, on verra de suite qu'elle comprend deux parties : une série de critiques qui est adressée en réalité à M. Unna, et une série beaucoup moins longue, qui s'adresse à des faits que j'ai avancés de mon propre chef. Je passerai rapidement sur les premières : je reconnaiss, et cela ressort de mon travail, que je n'ai fait aucune recherche personnelle sur la valeur eczématogène du « morocoque ». Je reconnaiss surtout que j'ai eu le tort de ne pas écrire la phrase suivante :

Comme toute découverte bactériologique, celle du morocoque doit subir, avant d'être universellement acceptée, le contrôle d'expérimentateurs autres que celui qui en est le père. Mais, à mon avis, le morocoque ne fût-il pas le parasite de l'eczéma, cette maladie (ou les diverses maladies qu'on peut réunir sous ce nom) n'en serait pas moins une maladie parasitaire.

Je ne défendrai donc pas le morocoque contre les critiques du Dr Török. Ce que je concéderai à M. Török, c'est que de mon travail il ressort peut-être que je considère la nature parasitaire de l'eczéma comme démontrée par le morocoque, alors que je la considère comme démontrée aussi par d'autres arguments. Peut-être ai-je eu le tort de généraliser la valeur pathogène de ce microbe, mais je ne l'ai fait qu'après M. Unna. Et le reproche d'avoir accepté les faits énoncés par celui-ci sans discussion suffisante, me toucherait beaucoup moins que le reproche d'avoir énoncé moi-même certains faits sans en donner une démonstration suffisante.

J'accorderai donc à M. Török, s'il le désire, que la nature du parasite de l'eczéma (ou des parasites des eczémas) n'est pas définitivement démontrée, mais je ne lui concéderai pas que l'eczéma n'est pas une maladie parasitaire de la peau. Si je m'entretenais de cette question avec un bactériologiste, je ne lui dirais pas qu'il est inutile de l'étudier, comme on pourrait le faire si elle avait été résolue d'une

(1) Réponse à l'article de M. le Dr Török, paru dans le dernier fascicule des *Annales* (décembre 1898, p. 1073).

manière complète par M. Unna, ou comme on le ferait si M. Török était arrivé à prouver, non seulement que l'eczéma n'est pas une maladie parasitaire, mais encore ce qu'il est réellement. Et si un bactériologue, après avoir lu mon travail, en concluait qu'il est inutile d'étudier la bactériologie de l'eczéma, je ne m'en consolerais pas; je serais fort heureux au contraire si ce travail avait pu attirer l'attention de quelques dermatologues sur les fondements et la valeur de la théorie parasitaire, et de quelques bactériologues sur l'intérêt de cette question.

Sans suivre pas à pas M. Török dans son intéressante discussion, j'aborderai de suite les six conclusions qui terminent son article.

Sur la première et la seconde, je n'ai aucune réponse personnelle à faire; peut-être, croyant à la nature parasitaire de l'eczéma, aurais-je pu remarquer que l'eczéma aigu « morogène » de Unna n'est pas l'eczéma aigu des auteurs classiques; dans ce cas j'aurais pensé et écrit que M. Unna avait attribué au morocoque une valeur générale, comme parasite de l'eczéma, sans la démontrer suffisamment, mais j'aurais également écrit la phrase suivante qui peut servir de réponse aux deux premières conclusions de M. Török, ainsi qu'à la troisième:

Plus s'étendra le champ des dermatoses parasitaires où l'on constate les phénomènes anatomo-cliniques essentiels de l'eczéma aigu, à savoir l'hyperhémie, l'exsudation séreuse, la vésiculation de l'épiderme, plus il deviendra probable, par cela même, que l'eczéma aigu vrai est lui-même d'origine parasitaire. Nous connaissons certaines trichophyties dont les lésions essentielles sont identiques à celles de l'eczéma aigu; M. Unna nous apprend à connaître des impétigos essentiellement vésiculeux, où l'hyperhémie et l'œdème dermique sont des lésions nécessaires et assez marquées pour qu'elles se révèlent cliniquement impétigos liés à une prolifération microbienne. Si donc, comme il faut peut-être le reconnaître après M. Török, l'eczéma aigu vrai n'est pas dû au morocoque, il faut cependant croire, a priori, à sa nature parasitaire et chercher à la vérifier histologiquement et bactériologiquement.

A la quatrième conclusion du Dr Török, j'aurais beaucoup à répondre. Il est certainement imprudent d'affirmer que les parasites que l'on trouve dans des squames sont toujours des saprophytes, et nous ne sommes pas assez édifiés sur les mœurs des parasites cutanés pour croire que les agents des dermatoses microbiennes ne peuvent vivre à la surface de la peau et agir à distance par leurs produits de sécrétion.

Le parasite de l'erythrasma ne dépasse pas les couches superficielles, cependant il engendre une réaction dermique évidente. Bien plus, ne pourrait-on traiter de saprophytes les trichophytons cutanés qui provoquent des réactions inflammatoires séreuses aussi intenses

que celles de l'eczéma vrai, quoique non diffuses. La présence en abondance, dans les squames d'une lésion cutanée donnée, d'un parasite caractérisé morphologiquement, et surtout par des réactions propres de culture, constant dans les lésions de la même maladie en activité, absent dans d'autres altérations ou ne s'y trouvant que lorsqu'elles rappellent par certains caractères la première maladie, alors qu'on peut penser à une infection mixte prouve, d'une manière presque certaine, que ce parasite est l'agent des lésions. Je reconnais que ce n'est pas le cas du morocoque dans les squames de l'eczéma, mais je pense que M. Török cède un peu à la tendance qu'on a généralement, et à tort, en le qualifiant sans preuve d'agent saprophytique.

J'aborde maintenant la discussion des deux dernières conclusions qui me visent personnellement. Si, dans mon travail, j'ai affirmé en quelques lignes la nature parasitaire de l'eczéma aigu et chronique, en me fondant sur l'autorité d'Unna, j'ai cherché dans les pages suivantes à montrer, par des arguments qui m'appartiennent en majeure partie, comment la conception de l'eczéma, maladie parasitaire, explique les caractères de cette maladie.

Parmi les preuves que j'ai développées, je ne retiendrai ici que les trois suivantes :

- 1^o L'eczéma est auto-inoculable.
- 2^o L'eczéma se développe volontiers sur les fissures cutanées.
- 3^o La multiplicité des causes, externes, internes, l'identité des effets prouvent la nature parasitaire de l'eczéma.

1^o L'auto-inoculabilité de l'eczéma.

L'eczéma des mains et des avant-bras se généralise d'abord à la face; beaucoup plus rarement il s'étend au corps, et dans ce cas, la face est prise dans la grande majorité des cas. Je ne parle pas, au contraire de M. Török, des dermatites dues à l'arnica, au mercure, qui se généralisent volontiers à tout le corps, mais bien de la dermatite eczématisée des laveuses.

Ce fait se constate d'une manière banale à l'hôpital Saint-Louis.

Cette extension à la face s'explique de la manière la plus naturelle par l'auto-inoculation.

Les malades atteints d'eczéma des mains ont, comme beaucoup de personnes, la malheureuse habitude de porter les mains à la figure; le jour au moins les mains n'ont pas de contact avec d'autres régions du corps.

Il existe des dermatoses non microbiennes où la face, au moins le cou, et les mains sont atteints d'une manière élective, par exemple l'erythème polymorphe, mais alors les lésions se développent *simultanément* sur ces régions. C'est le contraire dans l'eczéma où la face n'est atteinte qu'après une certaine durée de l'affection sur les mains.

Cette auto-inoculation à la face est un fait évident dans deux dermatoses parasitaires, l'impétigo (enfants atteints d'ecthyma des mains ou de phlyctènes avec impétigo secondaire de la face) et les verrues planes.

M. Török dit que cette propagation, que je considère comme la preuve de l'auto-inoculation de la maladie, « prête aussi à d'autres explications », mais il ne dit pas lesquelles et ne me permet pas malheureusement de les discuter. Hebra et Kaposi parlent d'action réflexe, M. Török ne cite pas cette opinion, qu'il me serait difficile cependant de contredire, peut-être parce qu'elle appartient à cet ordre d'affirmations qui ne comportent ni preuve ni démenti. Il remarque que c'est la dermatite artificielle eczématisée des mains qui se propage ainsi à la face ; c'est bien mon avis. J'admetts l'inoculation, ce n'est évidemment pas celle de la dermatite artificielle, mais bien celle de l'infection eczématisante surajoutée à la dermatite artificielle, de la complication parasitaire des lésions d'origine traumatique.

2^e *L'eczéma se développe volontiers sur des fissures cutanées.*

C'est là un fait tellement commun et banal, qu'il conduit naturellement, lorsqu'on en a remarqué la fréquence, à la théorie parasitaire. La gale ouvre la peau, les lésions de grattage ouvrent la peau ; l'eczéma se développe dans les plis où la couche cornée macère et où la peau est par suite ouverte. Ce n'est pas là une preuve absolue de la nature parasitaire ; cependant je ne connais pas de maladies non parasitaires de la peau où le fait s'observe d'une manière commune. Je concède volontiers que de nombreux eczémas se développent sans fissure visible du tégument ; il n'est pas indispensable que la fissure soit appréciable à l'œil nu pour permettre au parasite de pénétrer profondément la couche cornée ou même les parties sous-iacentes de l'épiderme.

3^e *La multiplicité des causes, l'identité des effets démontrent l'origine parasitaire de l'eczéma.*

Cette formule, sous cette forme synthétique, et séparée du texte qui la précède et l'explique, n'a aucune valeur ; il est bien certain que des dermatoses non parasitaires telles que l'urticaire peuvent avoir des causes multiples, déterminant une réaction identique. Mais lorsqu'on a énumérés les causes, les unes externes, les autres internes de l'eczéma, il me semble bien que leur action ne peut se comprendre d'une autre manière que celle par laquelle je l'ai expliquée : à savoir des modifications du sol cutané qui autorisent le développement parasitaire.

Aucune des théories anciennement émises sur l'eczéma n'explique simultanément l'eczéma de cause externe et l'eczéma de cause interne ; seule, je le reconnaiss volontiers, la théorie de M. Török essaie de le faire, en considérant l'eczéma comme une *inflammation banale*.

Toute théorie pathogénique de l'eczéma doit se prononcer sur deux

points : les rapports de l'eczéma et des dermatites artificielles, les rapports de l'eczéma de cause externe et de l'eczéma de cause interne.

a) *L'eczéma de cause interne est-il le même eczéma que celui de cause externe?* — Les auteurs français qui ont essayé de considérer cette maladie comme une maladie de cause diathésique, admettent que les causes externes agissent en provoquant l'eczéma vrai chez des prédisposés.

Cette théorie ne rend pas compte de la fréquence de l'eczéma de cause externe. Y a-t-il donc, chez les blanchisseuses que nous voyons si fréquemment atteintes d'eczéma, aux consultations hospitalières, un tel nombre de prédisposées ? Mais elles ne sont soumises à aucune diathèse spéciale par le fait qu'elles sont blanchisseuses, elles ne sont soumises à aucune intoxication diathésique spéciale à leur profession.

Une théorie diathésique de l'eczéma, qui repousserait toute intervention parasitaire, serait obligée d'admettre qu'il s'agit d'une inflammation d'origine toxique. D'après ce que nous venons de dire, une théorie toxique sera impossible à soutenir, tant qu'on n'aura montré aucune différence anatomique entre l'eczéma de cause externe et l'eczéma de cause interne. Au contraire, une théorie parasitaire permet de tenir compte des actions toxiques, en admettant qu'elles modifient le sol cutané, et de comprendre l'unité de l'inflammation eczématische.

b) *Quels sont les rapports de l'eczéma et des dermatites artificielles ?*

Arrivé à ce point de la discussion, je puis aborder directement la critique de la théorie de M. Török. L'inflammation eczématische est-elle vraiment une inflammation banale ?

En fait la théorie de M. Török me paraît être un développement des théories viennoises. Pour les auteurs français, Bazin, Hardy, l'eczéma est une maladie qu'on ne cherche pas à définir d'une manière précise, mais qui est caractérisée *cliniquement* d'une manière assez nette. Au contraire, pour Hebra, l'eczéma est avant tout une inflammation superficielle de la peau, et le sens du mot n'est plus du tout celui des auteurs français, car, du fait même de la définition, les dermatites artificielles sont de l'eczéma, et c'est pour la même raison, je pense, que Hebra, Kaposi ont écrit qu'on peut déterminer l'eczéma chez tous les individus, ce qui a surpris tous les auteurs français qui ne pouvaient provoquer de même *leur eczéma* chez des sujets quelconques.

M. Török me paraît bien ranger, sans le dire expressément, les dermatites artificielles dans l'eczéma. Sinon il ne pourrait en faire une inflammation banale. Et, autrement, on ne comprendrait pas qu'il écrive à l'exemple de Hebra et Kaposi qu'on peut provoquer l'eczéma chez tous les individus.

Si j'ai admis que l'eczéma est une maladie parasitaire, c'est que, après tous mes maîtres, j'admets que l'eczéma est une inflammation spécifique, ou une forme d'inflammation spécifique, s'il existe, et on ne peut le nier absolument a priori, plusieurs eczémas parasitaires.

Pourquoi considérons-nous en France l'eczéma comme distinct des dermatites artificielles, et comme une inflammation spécifique? C'est que, d'après les apparences cliniques, qui sont en réalité des faits anatomiques, nous savons dans un cas particulier poser le diagnostic : dermatite artificielle, eczéma, ou combinaison de dermatite artificielle et d'eczéma. Et, en fait, le diagnostic est exact, dans l'immense majorité des cas.

Et du reste l'évolution permet encore de distinguer l'inflammation eczématische des inflammations banales. Voici un individu atteint d'une dermatite artificielle : on le panse, et par là même on le soustrait à toute cause morbide. Il guérit nécessairement et dans un délai qui ne dépend que du degré des lésions produites.

Voici au contraire un eczémateux : on le panse, on le soustrait même au grattage, auquel M. Török accorde une telle importance ; il ne guérit pas. En général, et les dermatologistes ne le savent que trop, de nouvelles poussées se font sous le pansement. Il y a donc, sous le pansement, une cause pathogène persistante, un agent eczématogène.

Du reste, au point de vue anatomique, M. Török ne nie pas que l'inflammation eczématische puisse être une inflammation parasitaire, il la compare à celle que produisent des agents pathogénétiques dilués : ces agents peuvent être des microbes, qui comme tous microbes, agissent par leurs produits de sécrétion.

Inflammation spécifique, et non banale, l'eczéma ne peut être que d'origine toxique ou parasitaire, et j'ai résumé plus haut les raisons qui s'opposent à une théorie toxique.

* *

Si la nature parasitaire de l'eczéma vulgaire n'est pas encore admise par un grand nombre de dermatologistes, en revanche celle de l'eczéma séborrhéique l'est aujourd'hui par la grande majorité. Et si, au point de vue de la contagiosité, il était exact que le Dr Perrin n'a pas observé un eczéma séborrhéique vrai, la transmissibilité de lésions qu'un dermatologue aussi distingué aurait pu confondre avec un eczéma séborrhéique vrai serait encore un argument en faveur de la nature parasitaire de celui-ci.

C'est du reste sur cette observation que je terminerai la discussion générale. Il me semble que, involontairement, les dermatologistes n'admettent qu'avec difficulté l'existence d'inflammations séreuses, d'origine microbienne. Or, elles sont des plus communes au niveau

du tégument externe. Elles donnent lieu à toutes les lésions histologiques élémentaires auxquelles peuvent donner lieu l'eczéma vésiculeux et l'eczéma séborrhéique, et il vaudrait mieux, je pense, au point de vue du progrès scientifique, même si on admettait que les arguments d'ordre non bactériologique ne prouvent pas la nature parasitaire de ces dermatoses, tendre à les expliquer de cette manière que par des causes irritantes quelconques, et que l'on doit renoncer à définir chez un grand nombre de malades.

* *

Quelques mots maintenant sur un point de détail. M. Török fait observer qu'Unna n'a pas été fidèle à la définition de l'eczéma donnée par Auspitz en dénommant eczéma la dermatose séborrhéique qu'il a décrite. Il y a là un petit malentendu dont je puis accuser la brièveté de mon texte. Sans doute Unna a fait de sa dermatose un eczéma et non un érythème, parce qu'il avait observé certaines formes voisines de l'eczéma vrai, mais il restait fidèle à la définition anatomique de l'eczéma donnée par les auteurs allemands et, par exemple, Auspitz, en considérant sa dermatose comme pouvant être rangée dans l'eczéma, parce qu'il avait observé des lésions microscopiques dans les formes les plus simples, qu'il considérait comme d'ordre inflammatoire.

L'ORIGINE PARASITAIRE DE L'ECZÉMA

Par le Dr Török (1).

Je n'ai que quelques brèves remarques à faire à la réponse très intéressante qui précède. M. Leredde a reconnu, et je le constate avec plaisir, que « la nature du parasite de l'eczéma (ou des parasites des eczémas) n'est pas définitivement démontrée » et que son travail « pourrait faire croire qu'il considère la nature parasitaire comme démontrée par le morocoque », alors qu'il « la considère comme démontrée aussi par d'autres arguments ». Du moment où notre collègue avoue que la propriété eczématogène du morocoque n'est pas définitivement démontrée, le morocoque ne peut absolument plus être invoqué comme argument ; il ne reste plus en faveur de la théorie parasitaire que les faits cliniques avancés par M. Leredde et auxquels il ajoute, dans sa réponse, quelques nouvelles explications. Je ne peux et ne veux entrer sur ces faits dans une nouvelle discussion qui ferait double emploi avec mon article sur la signification des lésions eczématueuses et les réactions générales de la peau (2).

Je dois pourtant ajouter quelques rectifications :

1) Je fais toujours nettement la différence entre la *lésion eczématuse*, qui est banale, — qu'on peut produire artificiellement et qui se produit sous l'action des causes les plus diverses, — et les maladies qui sont actuellement comprises dans le cadre de l'eczéma.

Selon la conception que j'ai émise, des maladies de nature toute différente et aussi les dermatites artificielles peuvent se présenter sous le même aspect clinique et histologique eczématisé. Mais tous les autres attributs de ces maladies sont différents.

Or M. Leredde dit qu'on considère en France l'eczéma comme distinct des dermatites artificielles et comme une inflammation spécifique, parce que « d'après les apparences cliniques, qui sont en réalité des *faits anatomiques*, nous savons dans un cas particulier poser le diagnostic : dermatite artificielle, eczéma », etc.

Mais qu'est-ce que c'est que « les apparences cliniques qui sont en réalité des *faits anatomiques* ? »

Est-ce que ce sont les apparences de la *lésion cutanée* ?

Sans nul doute, les apparences cliniques telles que le cantonnement des lésions à certaines régions, la forme de la partie cutanée atteinte, etc., servent pour poser nettement le diagnostic des dermatites

(1) Réponse à l'article précédent.

(2) *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1397.

artificielles ; sans doute, il y a des dermatites artificielles à lésions non eczématisées et même caractéristiques, dont on pourra souvent faire le diagnostic d'après le seul aspect de la lésion cutanée. Mais jamais je ne pourrais poser le diagnostic d'une dermatite artificielle à lésions eczémateuses d'après le seul aspect des lésions.

Il y a des auteurs, et des auteurs français, qui partagent mon avis. Pour ne citer qu'un exemple, M. Brocq dit (*Traitément des maladies de la peau*, p. 145) que des dermatites artificielles « n'ont de l'eczéma que l'aspect extérieur et encore pas toujours ».

Les dermatites artificielles peuvent donc avoir l'aspect eczématisé, la lésion eczématisée peut donc être un produit artificiel sans être pour cela rangée dans le cadre de la *maladie* eczéma.

M. Leredde a donc tort quand il dit que j'écris « à l'exemple de Hebra et Kaposi, qu'on peut provoquer l'eczéma chez tous les individus ». Je n'ai jamais écrit cela. Mais j'affirme qu'on peut produire des lésions eczématisées, ou, selon l'expression de M. Besnier, des « simili-eczémas ». Et M. Leredde avouera que c'est une différence fondamentale.

2) M. Leredde affirme que je n'ai pas dit à quelles explications se prête « l'auto-inoculation » de l'eczéma et que par conséquent il ne peut pas les discuter. Je le prie de relire mon article sur « les lésions eczémateuses de la peau, etc. » qu'il a cité lui-même dans son travail. Mon explication y est contenue (p. 1412). Et j'espère qu'elle est discutable.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 JANVIER 1899

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal. Traitement des chéloïdes par les scarifications, par M. LE DENTU. — Accidents cutanés causés par les rayons de Rontgen, par MM. BALZER et MONSSEAUX. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, DU CASTEL, SOTTAS, BAUDOUIN, BROQ, LEREDDE, DARIER, BESNIER.) — Éruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. LEREDDE.) — Psoriasis arthropathique et vitiligo, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, DU CASTEL.) — Ulcération tuberculeuse de la lèvre simulant un chancre, par M. DANLOS. (Discussion : MM. FOURNIER, BESNIER, DANLOS, BARTHÉLEMY.) — Orthoforme et calomel en injections dans un cas de glossite tertiaire, par M. DANLOS. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DU CASTEL, DANLOS, GASTOU, JULLIEN, MOREL-LAVALLÉE.) — Tuberculide érythémateuse des mains, par MM. LEREDDE et HAURY. (Discussion : M. FOURNIER.) — Méthode de Cerny-Trunecel et antisepsie buccale combinées dans le traitement de l'épithélioma lingual (Le sublimé noircit-il les dents ?), par M. PAUL GASTOU. (Discussion : MM. MOREL-LAVALLÉE, GALIPPE, FOURNIER, MAURIAC, MOTY, TENNESON, JULLIEN, GALEZOWSKY, BARTHÉLEMY, LEREDDE, HALLOPEAU, GASTOU, BESNIER, DANLOS, VÉRITÉ.) — Vergetures syphilisitiques du tronc, par DANLOS. (Discussion : MOREL-LAVALLÉE, FOURNIER.) — Ostéopathies symétriques et cataracte corticale postérieure d'origine hérédio-syphilisitique, par M. FOURNIER. (Discussion : M. GALEZOWSKY.) — Des récidives dans la syphilis oculaire et du moyen de les prévenir, par M. GALEZOWSKY. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Retour de la perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne, par M. MOREL-LAVALLÉE. (Discussion : MM. JULLIEN, FOURNIER, BESNIER.) — Le verre bleu en syphiligraphie, par M. JULLIEN. — Malformation monstrueuse du crâne chez une hérédio-syphilisitique d'origine paternelle. Aplatissement et atrophie des circonvolutions psycho-motrices par compression osseuse. Syndactylie des doigts par MM. GASTOU et EDMOND FOURNIER. — Sur un cas d'ulcération tropho-névrotique liée à un cédème bleu chez une hystérique, par MM. HALLOPEAU et CONSTENSOUX. — Un cas d'éruption professionnelle, par M. CATHELINEAU. — Deux cas de phlébite syphilisitique secondaire, par MM. FOURNIER et LOUPER. — Un cas de frottement sous-scapulaire d'origine syphilisitique, par MM. AUDRY et FERÉ. — Sur un fibrome de la peau (note complémentaire), par M. AUDRY. — Observations de boutons des pays chauds à Alger, par M. J. BRAULT. — Eczéma séborrhéique et injections de calomel, par M. J. BRAULT. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société

KOPP. — Die Anwendung nahtloser Gummihandshuhe in der dermatologischen Praxis. Extr. : *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1898.

— Das Hospital Saint-Louis zu Paris und die französische dermatologische Schule. Extr. : *Monatshefte für praktische Dermatologie*.

— Der Dermatologische syphilidologische Unterricht an Deutschlands Hochschulen. Extr. : *Reichs medicinal Anzeiger*, 1898.

— Dermatitis artificialis durch Primula obconica, Oleum Lauri und En-gallol. Extr. : *Dermatologisches Centralbatt*, 1898.

— Die Verwendbarkeit des Hyrgols (Hydrargyrum Colloidale) in der Syphilistherapie.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Traitement des chéloïdes par les scarifications.

Par M. LE DENTU.

1^{er} cas. — Chéloïde consécutive à une adénite cervicale (V. mon *Traité de chirurgie* en collaboration avec Pierre Delbet, t. I, p. 314). J'ai commencé par faire l'ablation des tumeurs échelonnées le long du côté droit du cou et j'ai fait la suture avec beaucoup de soin. Puis, dès que j'ai vu les cicatrices se boursoufler de nouveau et que j'ai eu à craindre une récidive, j'ai pratiqué des scarifications à trois reprises et à des intervalles d'une dizaine de jours. La maladie a semblé tout à fait enrayée; n'ayant pas revu la jeune fille que j'avais traitée de la sorte, je ne suis pas en mesure de dire que la chéloïde ne s'est pas reproduite, mais je puis du moins le supposer.

2^e cas. — Chéloïde molle diffuse de tout le bord du pavillon de l'oreille, terminée du côté du lobule par une tumeur splénique du volume d'une grosse noisette, chez une jeune femme que j'ai soignée à Necker dans le courant de 1897 et de 1898. J'ai fait en plusieurs fois l'ablation du lobule, puis du bord du pavillon, et j'ai eu recours, après ces ablutions, à des scarifications séparées par des intervalles de plusieurs semaines (7 à 8 séances en tout). J'ai obtenu une grande amélioration. Le tissu du lobule s'est rafferri, ainsi que celui du bord du pavillon, mais n'a pas acquis la consistance d'une bonne cicatrice fibreuse. Néanmoins il n'y a pas de tendance à la récidive. J'ai revu cette malade pour la deuxième fois au mois d'octobre 1898. Sans pouvoir la considérer comme franchement et définitivement guérie, je puis affirmer que les scarifications après des ablutions partielles ont eu des effets bien meilleurs que des scarifications pratiquées tout d'abord, sans avoir été précédées par des ablutions.

3^e cas. — M. X., âgé de 55 ans environ. Acné chéloïdienne dont le début remonte à 1896, siégeant à la nuque, au niveau de la ligne du faux-col. La lésion n'occupe tout d'abord qu'une zone de 8 à 10 millimètres de diamètre.

En avril et juin 1896, je pratique 4 cautérisations avec l'acide chromique. Comme elles restent sans effet, je fais le curetage après anesthésie locale. *Récidive.* Je recours en juillet à une cautérisation profonde avec du

caustique de Vienne. Nouvelle récidive et nouvelle application très large de *caustique de Vienne* en Bretagne.

Je revois le malade dans le cours de 1897. La cicatrice, qui est représentée par un relief transversal de 3 centimètres de long au moins, sur une largeur de 3 à 4 millimètres suivant les points, offre nettement l'aspect chéloïdien. A quelque distance de la ligne cicatricielle, il existe plusieurs petites élevures dures, un peu rouges, au niveau desquelles il y a de très minces croûtes épithéliales.

A ce moment, je prie M. Hallopeau d'examiner le malade. Il diagnostique une *acné chéloïdienne* et conseille l'emploi du thermocautère.

A deux reprises, toujours en 1897, je touche profondément toute l'étendue de la cicatrice tuméfiée, ainsi que les élevures situées dans son voisinage, avec le couteau ou la pointe du *thermocautère*, et je n'obtiens aucun résultat. Des démangeaisons et une sensation de brûlure empêchent le malade de mettre un faux-col ; il ne supporte qu'un foulard de soie.

L'ayant revu en février 1898, désolé de la persistance de son mal, je lui propose, trop tardivement, de lui faire des *scarifications*. Dès la première séance (2 février 1898), un mieux notable se manifeste. Je fais deux autres séances, le 8 et le 16 février ; et cela suffit pour procurer une guérison complète qui s'est maintenue jusqu'à ce jour. J'ai eu des nouvelles de ce malade dans les premiers jours de janvier.

Accidents cutanés causés par les rayons de Röntgen.

Par MM. F. BALZER et MONSSEAUX.

Les expériences nombreuses pratiquées à l'aide des rayons de Röntgen donnent lieu à un certain nombre d'accidents, parmi lesquels dominent les accidents cutanés. MM. Oudin, Barthélemy et Darier, dans un important mémoire (1) en ont rassemblé 43 cas, qu'ils divisent en deux classes : les uns sont aigus, survenant surtout chez les opérés, et allant depuis la simple rougeur jusqu'à la chute des phanères, la desquamation, la vésication, l'escharre ; les autres, beaucoup moins nombreux (5 observ. sur 43), sont lents, graduels, chroniques, frappant uniquement les opérateurs : les cas les plus typiques en ont été rapportés par MM. Paul Richer et A. Londe (2), et c'est à cette seconde catégorie qu'appartient notre malade.

Le nommé G..., âgé de 53 ans, répète tous les jours en public depuis un an des expériences sur les rayons de Röntgen. Son rôle consiste à placer des objets divers entre le tube Colardeau et l'écran fluorescent. Pendant sept mois il n'éprouva aucun accident ; mais vers le mois d'août, sa main droite commença à enfler, puis les lésions s'étendirent à toutes les régions où nous les constatons aujourd'hui, sans que notre malade

(1) *France médicale*, n° du 25 février 1898 et suiv.

(2) *Académie des sciences*, 31 mai 1897.

interrompit son travail ; il se contenta simplement depuis deux mois d'envelopper sa main d'une soie épaisse qui ne se laisse pas traverser par les rayons X.

Les lésions sont localisées au côté droit du corps qui seul est exposé aux rayons X. Elles occupent tout le membre supérieur et principalement la main, puis le cou, la face et le cuir chevelu. Toutefois, la main gauche est aussi légèrement atteinte.

La main droite est volumineuse, déformée par le gonflement de sa face dorsale ; la peau d'une coloration rouge, violacée, comme si elle avait été soumise longtemps à l'action du froid, est recouverte de larges lameilles épidermiques, blanches, très minces, se laissant détacher assez facilement pour montrer un épiderme sous-jacent, rose, très fin, desquamant rapidement à son tour. En quelques points, surtout dans les espaces interdigitaux, les lésions, au lieu d'être sèches, sont constituées par de petites vésicules, se rompant pour laisser échapper un liquide qui se concrète en croûtes jaunâtres. Au palper, on constate que toute la peau de la face dorsale de la main est profondément infiltrée par un œdème dur, qui garde très peu l'empreinte du doigt. A la face palmaire, on retrouve l'exfoliation épidermique encore plus étendue, mais le gonflement est moins accusé. Les doigts présentent les mêmes altérations. Leurs mouvements, ainsi que ceux de la main dans son ensemble, sont notablement gênés.

Les lésions s'étendent à tout le bras, mais beaucoup moins marquées ; absentes à la face interne, elles n'existent qu'aux faces externe et postérieure en diminuant rapidement de confluence et d'intensité de bas en haut. Le gonflement ne dépasse guère le poignet ; au-dessus on ne constate plus qu'une desquamation épithéliale avec croûtes, et persistance d'une légère infiltration dermique en certains points.

Cette dermite artificielle eczématisiforme est peu douloureuse ; le malade accuse seulement, à certains moments, des démangeaisons très vives et on constate, du reste, des lésions de grattage.

Les ongles sont tombés, il y a deux mois, les uns après les autres, sans douleur, et sans avoir été altérés, au dire du malade. Ils ont été remplacés par des ongles nouveaux, mal enchaissés dans leur rainure, profondément striés dans le sens de la longueur, incurvés, et mesurant environ 2 millim. d'épaisseur.

Les altérations cutanées reparaissent sur le côté droit du cou et de la face. Elles prédominent à la région sous-orbitaire en dépassant même à ce niveau la ligne médiane, mais atteignent aussi le pavillon de l'oreille, surtout le bourrelet, puis les lèvres supérieure et inférieure, en particulier leur bord libre. Ces régions sont à certains jours le siège d'une rougeur et d'un gonflement considérables ; mais l'infiltration dermique est légère ; les lésions sont surtout croûteuses, il y a peu de desquamation.

Notons encore une alopécie complète dans tous les points soumis à l'action des rayons X. Au crâne, toute la région pariétale droite est dépouillée de cheveux ; ceux-ci sont tombés peu à peu, et depuis un mois il existe une plaque d'aspect peladique, absolument glabre, de l'étendue de la paume de la main. Tout au plus y constate-t-on quelques rares cheveux persistants ; cette plaque est limitée par une zone large de 2 centimètres

environ, où les cheveux sont très clairsemés et s'arrachent facilement. Dans toute la zone alopécique, on ne constate aucune trace de réaction inflammatoire. Le sourcil droit et les cils ont complètement disparu, sauf à l'angle interne de l'œil; la barbe est réduite à quelques poils du côté droit; la moustache est également très atteinte et clairsemée, mais elle persiste en partie. De même au niveau de la main et des doigts, les poils ont complètement disparu.

Enfin, on constate une légère conjonctivite de l'œil droit, et le malade se plaint que sa vue soit devenue trouble de ce côté.

Nous remarquerons d'abord la longue période pendant laquelle notre malade n'a éprouvé aucun accident. S'il est vrai qu'il y a des prédispositions individuelles, il nous semble aussi cependant que, malgré la répétition des séances expérimentales, la courte durée de ces séances ne permettait pas aux rayons X d'agir d'une façon très intensive. Mais une fois constituées, les lésions n'ont pas cessé de s'aggraver sous l'influence de la même cause fréquemment répétée.

Nous n'insisterons pas sur les diverses lésions réunies chez notre malade et dont la plupart sont maintenant bien connues. Cependant, nous ne croyons pas qu'on ait encore signalé la conjonctivite, du moins chez l'homme, car chez le lapin, M. Chalupecky (1) a déterminé une hyperhémie et une tuméfaction de la conjonctive palpébrale, compliquées ensuite de suppuration et de kératite.

Cette action nocive des rayons X a été diversement interprétée; on l'a d'abord comparée à celle qu'exerce la lumière solaire (Lannelongue, Kaposi, Thomson), ou du moins les rayons ultra-violets de celle-ci. Elle en diffère cependant sous divers rapports (Destot) (2).

On tend plutôt aujourd'hui à admettre que les altérations cutanées ne sont pas primitives et dues à une action locale sur les cellules du derme et de l'épiderme, mais qu'il s'agirait là de troubles d'ordre trophonévrotique (Oudin, Barthélémy et Darier). Dans la production de ces troubles trophiques, les rayons électriques émanés de l'ampoule auraient même une action prépondérante sur les rayons X (Destot) (3).

Quel que soit le mécanisme invoqué, nous pensons qu'il faut aussi tenir compte d'une certaine prédisposition de la part de notre malade dont la peau nous paraît devoir être assez vulnérable. Nous nous basons pour ce jugement sur l'aspect nettement eczématisiforme que les lésions présentent en certaines régions, notamment au bras, à la face, au cou. Nous croyons même que dans quelques points les lésions eczémateuses sont secondaires, et transportées par le grattage des ongles ainsi que le malade l'a reconnu.

(1) *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, août 1898.

(2) *Académie des sciences*, 17 mai 1897.

(3) *Association française pour l'avancement des sciences*, août 1897.

Quel est l'avenir des lésions cutanées ? Nous savons qu'en pareil cas l'alopécie déterminée par les rayons de Röntgen n'est ordinairement que transitoire, que la repousse s'effectue par des follets, et que les premiers cheveux ont l'aspect microscopique en pointe des cheveux peladiques (Dwelshauvers-Dery, de Liège) (1).

Quant à la main qui paraît très atteinte, la guérison est possible aussi, mais il y a tout lieu de craindre pour longtemps une infiltration chronique du derme. Il nous semble nécessaire que le malade suspende l'exercice de sa profession jusqu'à sa guérison. Celle-ci obtenue, il sera peut-être prédisposé à des rechutes faciles. Des précautions devront donc être prises, et il devra à l'avenir mieux se protéger contre l'influence des rayons X qu'il ne l'a fait jusqu'ici.

M. BARTHÉLEMY. — Il est certain en tout cas, que, si prédisposé que peut être ce sujet, sa dermatose ne se fût pas produite sans les fréquentes et longues expositions de sa surface cutanée aux rayons.

M. DU CASTEL. — A-t-on fixé par la biopsie la nature des lésions dues aux rayons ?

M. BARTHÉLEMY. — L'étude des lésions a été faite sur le cobaye par Drier, qui a vu les lésions cellulaires préexister à l'alopécie.

M. SOTTAS. — Puisque les rayons Röntgen déterminent des lésions sur la peau, il faut prendre des précautions. Il appartiendrait à la Société de dermatologie et syphiligraphie de prendre l'initiative de guider à ce sujet l'hygiène publique.

M. BAUDOUIN. — Dans ces lésions, il faut tenir compte de la durée de l'exposition. C'est ainsi que dans un cas une jeune fille se tenant plusieurs fois par jour devant un écran fut atteinte de dermite et d'alopécie.

M. L. BROcq. — Ces jours-ci j'ai vu une de mes anciennes clientes, que j'avais soignée pour de l'acné, de la séborrhée de la face et de l'hypertrichose, et qui, en passant à Vienne, avait consulté un des dermatologues les plus éminents de cette ville. Ce dernier a, paraît-il, été fort étonné que je n'eusse pas traité cette malade par les rayons X. Il l'a envoyée chez un électricien de Vienne qui lui a fait 17 séances en protégeant les yeux et les parties supérieures de la face par des lames de plomb, et qui lui a promis la guérison radicale de toutes ses misères. Or, à son arrivée à Paris, quelques jours après la dernière exposition aux rayons, j'ai constaté que la séborrhée a été peu modifiée, que l'acné est peut-être plus intense, mais que beaucoup de duvets se détachent à la moindre traction, et semblent frappés de mort.

Je demanderai donc à M. le Dr Barthélémy si M. le Dr Oudin et lui ont de nouveaux résultats à nous faire connaître, à propos de l'action thérapeutique des rayons X.

(1) Cité in FOVEAU DE COURMELLES. *Congrès de neurologie et d'électricité médicale*. Bruxelles, septembre 1897.

M. LEREDDE. — Je voulais précisément demander à M. Barthélemy si l'alopecie consécutive à l'application des rayons Roentgen est définitive, au moins dans certains cas. S'il en était ainsi, on pourrait employer la méthode pour la guérison de certaines hypertrichoses ; sinon on n'aurait qu'un traitement passager, palliatif, et non curatif, peut-être supérieur aux épilatoires.

Mais ce mode de traitement, même s'il ne donne qu'une alopecie passagère, et, bien mieux, parce qu'il donne cette alopecie simplement transitoire, doit être essayé dans un cas où l'épilation ne peut être obtenue par d'autres procédés. Je veux parler de la trichophytie et de la teigne due au microsporone Audouini, où l'on peut espérer obtenir la guérison d'après Sabouraud, si les parasites sont enlevés avec les poils. Je devais commencer des recherches sur ce sujet avec M. Contremoulin ; j'en communiquerai les résultats à la Société.

M. BARTHÉLEMY. — Le malade présenté par M. Balzer se rapproche beaucoup d'un certain nombre de cas dont MM. Oudin, Darier et moi (ainsi que M. Gilchrist) avons relaté des observations. Ici, il y a évidemment divers placards d'eczéma séborrhéique à distance (que la malade a probablement semés par le grattage sous l'influence du prurit électrique) ; mais dans un grand nombre de cas, il n'y a que de la dermite radio-électrique sans mélange d'eczéma ni d'autre dermatose.

Le malade de M. Balzer est remarquable par la chute des ongles qui ont ensuite repoussé comme repousseront dans quelques mois les cheveux si le malade s'abstient pendant au moins un mois d'exposer la région dénudée aux radiations.

L'action radio-électrique, dans le moulage que je présente ici, a donné lieu aussi à une dermite eczématoïde : rougeur, épaississement de la peau, perte d'élasticité, desquamation, fissures, altérations des ongles, striation, friabilité, épaississement, etc. Tout cela rentre dans la forme chronique de la dermite radio-électrique, se montrant chez les professionnels.

Au contraire, il y a une forme aiguë qui peut survenir chez les sujets radiographiés, inopinément, sans que rien la fasse prévoir, après 25 minutes parfois seulement d'exposition aux radiations, si on n'a pas eu soin d'éloigner l'ampoule de la peau d'au moins 15 centimètres, d'après nos observations et avec l'outillage actuellement employé.

Il y a là une disposition, encore mal définie, individuelle, où diverses conditions jouent un rôle, à savoir : la résistance atténuée, la sécheresse ou l'humidité de la peau, la qualité de la sueur, son degré d'acidité, la contractilité vaso-motrice, et même l'état général d'anémie et de nervosisme, etc.

C'est précisément à cause de ces inégalités d'action encore trop mal connues pour être toujours et à coup sûr évitées que nous avons momentanément renoncé à employer dans la thérapeutique des dermatoses de la face les radiations de Röntgen. D'ailleurs nous n'avons pas observé (dans une dizaine de cas où l'application a été faite) d'amélioration sur la séborrhée ni sur l'acné dans toutes ses formes, ni même sur la vascularisation

cutanée contre laquelle les effluves de haute fréquence ont au contraire une efficacité réelle et inoffensive. Enfin, dans toutes nos observations sur l'homme, l'alopécie obtenue, à peu près dans la zone voulue, n'est que passagère ; plusieurs mois après, il ne manque plus un poil et vraiment, jusqu'à ce jour du moins, il ne nous semble pas que la médication radio-électrique soit la meilleure et la plus sûre contre l'hypertrichose. Je rappelle que dans une de nos expériences avec Oudin et Darier nous avons, chez un cobaye, produit de la paraplégie avant d'avoir l'alopécie.

M. Baocq. — Je remercie M. Barthélémy des renseignements qu'il nous donne. Ils confirment mon opinion. J'ai été étonné de voir qu'à Vienne on affirmait le succès de la méthode : je vois qu'il n'y a rien de précis jusqu'à présent.

M. DARIER. — On n'est pas sûr en effet de produire à volonté la dépilation sur le cochon d'Inde. Il en est de même pour la repousse. J'ai encore un cobaye dont les poils n'ont pas repoussé depuis 18 mois.

M. BESNIER. — Les faits de Vienne ont-ils été exposés ?

M. Baocq. — Il n'existe à ma connaissance que quelques communications isolées.

Éruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, me paraît présenter un certain intérêt dans un moment où on discute les rapports de certaines formes d'éruptions cutanées avec la tuberculose. Voici l'histoire de la malade telle qu'elle a été recueillie par M. Dieupart, externe du service.

D..., âgée de 31 ans, femme de ménage.

Cette malade s'est présentée à l'hôpital pour des nodosités rouges qu'elle portait aux jambes, principalement à la jambe gauche, laquelle est recouverte de petites saillies érythémateuses de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Dans la famille de Mme D..., on ne relève aucun antécédent morbide. Son père, âgé de 71 ans, et sa mère de 68 ans, sont bien portants. Ses frères et sœurs, ils sont neuf, sont tous en bonne santé. Elle fut toujours la plus faible de tous et forcée tous les hivers de prendre de l'huile de foie de morue.

Tous les hivers notre malade eut des bronchites ; elle n'a jamais craché de sang ; elle n'eut jamais de sueurs nocturnes ; n'a pas maigri et à l'auscultation on ne trouve aucun signe suspect. Cette dame eut un enfant, venu à terme, qui est mort, âgé de cinq ans, l'année dernière à Troussseau ; la mère ne sait au juste de quoi, mais d'une affection pulmonaire certaine-

ment, d'une bronchite dit-elle ; l'enfant, conduit le soir à l'hôpital, mourut le lendemain. Mme D... fut réglée assez tard sans qu'elle puisse préciser d'ailleurs exactement.

Comme affection sérieuse on note, dans les antécédents de notre malade une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans ; elle resta alitée pendant trois mois, puis quelque temps après survint une rechute peu grave.

Mme D... présente des cicatrices au cou et vers l'angle de la mâchoire du côté gauche. Elle nous dit qu'à l'âge de neuf ans elle eut là des abcès froids qui suppuraient pendant près de trois ans, et jusqu'à l'âge de 13 ans il y eut trajet fistuleux et pus. Au bras gauche la malade présente aussi une cicatrice fistuleuse située au-dessus du coude, à la face antérieure. Cet abcès, venu en même temps que ceux du cou, suppura aussi longuement. Il n'y eut jamais d'élimination osseuse.

Récemment notre malade s'est beaucoup fatiguée ; placée dans une grande épicerie, elle était seule pour servir trente-deux personnes et ce surmenage dura deux mois.

Il y a trois semaines, Mme D..., fut obligée de cesser tout travail, ses jambes lui refusant tout service. Sur la jambe droite ont paru quelques nodosités érythémateuses, dont une surtout très saillante, située à la face antérieure, atteint la grosseur d'un œuf de pigeon. Sur cette jambe, variqueuse ainsi que la gauche, les noyaux érythémateux sont très douloureux à la pression ; celle du bas suffit pour amener un peu de douleur. A la cuisse droite il existe quelques nodosités.

La jambe gauche et la cuisse gauche sont irrégulièrement couvertes de nodosités érythémateuses ; il faut remarquer que celles-ci, beaucoup plus abondantes qu'à droite sont beaucoup moins douloureuses à la pression. Il n'y a rien sur les pieds.

Notre malade présente à la figure trois placards de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes : l'un au-dessus du sourcil droit ; les deux autres à la racine du nez, mais plutôt à droite qu'à gauche. Ces taches sont actuellement planes, non surélevées, avec une légère desquamation au centre. Au début, quand la malade vint pour la première fois à la consultation, ces placards étaient surélevés, ils étaient recouverts de squames très abondantes, adhérentes, d'aspect plâtreux, absolument semblables à des plaques de lupus érythémateux.

Il existe en arrière sur le cou du côté droit un placard semblable. Rien sur les joues. Une cicatrice sur le front consécutive à une brûlure.

Voici donc une malade atteinte autrefois d'adénites et d'ostéites tuberculeuses. Subitement elle est prise d'un érythème noueux des membres inférieurs, d'une éruption de la face présentant tous les caractères d'une plaque de lupus érythémateux jeune ; je dis jeune parce qu'il n'y avait pas de tendance cicatricielle. Y a-t-il quelque relation entre cet érythème noueux des jambes à allure traînante (puisque voilà déjà six semaines qu'il dure et c'est à peine s'il est en résolution), entre l'éruption de la face à aspect de lupus érythémateux et les lésions tuberculeuses dont la malade a été atteinte autrefois ?

C'est une hypothèse qu'on peut émettre ; mais je crois que la réunion seule d'un certain nombre de faits semblables pourrait la trancher. Je n'ai pu en tout cas m'empêcher d'être frappé de l'aspect de lupus érythémateux présenté par les lésions de la face chez une malade autrefois tuberculeuse, car chacun sait que le lupus érythémateux est, de l'avis des maîtres les plus autorisés, une affection de nature tuberculeuse.

M. HALLOPEAU. — Je crois à une simple coïncidence.

M. LEREDDE. — Il y a cependant un fait curieux que j'ai déjà observé plusieurs fois : c'est la coïncidence chez certains malades de ganglions volumineux et d'érythème noueux ayant des caractères d'érythème noueux banal.

Psoriasis arthropathique et vitiligo.

Par M. DU CASTEL.

L..., 48 ans, est une femme de taille moyenne, d'embonpoint marqué, dont la santé générale paraît bonne, n'étaient les manifestations rhumatismales dont nous allons avoir à parler.

Son père est mort à 57 ans à l'asile Saint-Anne où il était entré pour une paralysie (?) ; sa mère est morte à 36 ans d'une affection pulmonaire. La malade aurait eu la coqueluche à 5 ans, le charbon (?) à peu près à la même époque. L'an dernier, son fils est mort de tuberculeuse laryngée.

Depuis l'âge de 17 ans, L... est sujette à des névralgies faciales fréquentes, intenses et prolongées. Depuis plusieurs années, elle souffre de douleurs rhumatismales qui ont occupé les épaules, les genoux, les pieds et les mains ; celles-ci sont notamment déformées.

A l'âge de 23 ans, à la suite d'un accouchement, la malade a eu des dartres aux coudes et aux genoux ; ces dartres guérissent seules, sans que la malade s'en occupât autrement. Il y a huit ans, elle eut un placard psoriasique sur la poitrine qui guérît rapidement.

Aujourd'hui L... vient consulter pour ses rhumatismes, et ce n'est qu'accidentellement qu'elle nous raconte qu'elle a une éruption sur le corps au niveau de la ceinture. En la faisant découvrir, nous constatons l'existence de placards psoriasiques papulo-squameux, réguliers, arrondis : ces placards occupent le centre de taches achromatiques un peu plus larges qu'eux, situées au centre de larges plaques hyperchromiques dont l'association présente tous les caractères du vitiligo. Sur le haut de la région présternale, plaque psoriasique analogue ; sur le côté droit du tronc, il existe quelques placards achromatiques indemnes d'éruption psoriasique.

Sur les avant-bras, il n'existe que des plaques de vitiligo nettement caractérisées.

Aux coudes, quelques papules psoriasiques reposant sur une peau

saine, non atteinte de vitiligo. L'interrogatoire de la malade ne permet pas d'établir quelle lésion, vitiligo ou psoriasis, a commencé. L... croit se rappeler qu'après la guérison du placard psoriasique qu'elle eut, il y a 8 ans, sa peau a commencé à changer de couleur ; elle ne saurait rien affirmer de précis ; mais ce qu'elle peut garantir, c'est qu'il n'y a jamais eu d'éruption psoriasiforme au niveau des manifestations vitilagineuses de l'avant-bras.

Cette observation m'a paru intéressante, car la coïncidence du vitiligo et du psoriasis est pour le moins un fait très rare. Comment l'expliquer ? Quelle relation peut-il y avoir entre ces deux lésions ? Les partisans de l'origine nerveuse du psoriasis seront heureux de voir celui-ci coïncider, se superposer à une lésion souvent regardée comme d'origine nerveuse, le vitiligo. Mais les partisans de l'origine parasitaire du psoriasis ne seront pas troublés par cette coïncidence : un d'eux, en voyant ces jours derniers ma malade, trouvait immédiatement l'explication du fait : les régions achromiques du vitiligo sont moins résistantes que les régions hyperchromiques et le parasite du psoriasis trouve naturellement sur elles un terrain plus propice à son développement. Entre les deux, je n'ai pas de base solide pour trancher.

M. BARTHÉLEMY. — J'admets qu'il s'agisse ici de vitiligo vrai, il ne suit pas que, du fait que du psoriasis s'est développé sur du vitiligo, le psoriasis soit une affection nerveuse. J'ai vu du pityriasis versicolore se développer à merveille sur du vitiligo symétrique des seins, sans parler de la pelade qui se présente parfois en coexistence avec le vitiligo. Mais d'autre part j'ai la photographie d'expériences faites jadis sur des plaques de vitiligo vrai symétrique des régions génito-crurales et que j'avais tenté de guérir par des inoculations variées et des injections sous-cutanées ; Entr'autres lésions parasitaires s'étant développées sur des plaques vitilagineuses aussi bien que s'il se fût agi de peau saine et normale, je dois citer le chancre simple dont j'ai une très belle épreuve photographique aquarellée par Méheux. Or il ne pourrait être question de soutenir que le pityriasis versicolore ou le chancre simple ont des dermatoses d'origine nerveuse, pas plus que le psoriasis dont parle M. Du Castel, par ce fait qu'il est floride sur une plaque vitilagineuse.

M. HALLOPEAU. — J'a communiqué à la Société, en 1892 et en 1898, deux faits dans lesquels des éruptions de psoriasis ont laissé à leur suite des achromies persistantes ; il est probable qu'il s'agit, chez le malade de M. Du Castel, de décolorations de même origine.

M. DU CASTEL. — Je n'ai pas suivi le malade et ne puis donner de détails sur l'évolution de la maladie. Je crois cependant son vitiligo indépendant du psoriasis. Il y en a des plaques nombreuses ailleurs, dans des régions où il n'y a pas d'éruptions psoriasiformes.

Ulcération tuberculeuse de la lèvre simulant un chancre.

Par M. DANLOS.

M^{me} X..., 15 ans, s'est présentée il y a un mois à la consultation. Elle portait depuis six semaines une ulcération croûteuse arrondie donnant au premier abord l'idée d'un chancre typique. Néanmoins l'absence d'induration et d'engorgement ganglionnaire imposait quelques réserves. En enlevant la croûte, on trouvait sous elle non pas l'ulcération érosive à fond lisse qui caractérise le syphilome primitif, mais un fond tourmenté anfractueux et des bords taillés à pic rappelant beaucoup plutôt le chancre mou. Cette deuxième hypothèse toutefois n'était guère acceptable en raison du siège, et ce qui la rendait tout à fait inadmissible c'était la présence sur le plancher de la bouche d'une autre ulcération antérieure à la première de deux à trois semaines. Celle-ci siégeait au-dessous de la langue et à l'embouchure du canal de Wharton à gauche, avait la dimension d'une pièce de 20 centimes, un fond pseudo-membraneux irrégulier, une apparence cratéiforme ; un pertuis s'ouvrait au fond et le stylet pénétrant par cette ouverture s'enfonçait de trois centimètres vers la glande sous-maxillaire (canal de Wharton).

Les deux ulcérasions déterminaient peu de douleur ; cependant, au contact, celle du frein accusait une certaine sensibilité. Ces lésions ne pouvant être des chancres, l'idée de productions tuberculeuses se présentait naturellement car des ulcérasions simples n'auraient pas eu cette évolution et le traumatisme ne pouvait être invoqué. Il n'y avait, il est vrai, pas de granulations grises ou jaunes et l'examen du liquide recueilli à la surface de l'ulcère n'a montré sur quatre lamelles aucune trace de bacilles, mais la tuberculose n'en est pas moins certaine. Cette jeune fille, réglée à 13 ans et régulièrement jusqu'alors, n'a pas revu depuis huit mois. Depuis cette époque aussi elle a beaucoup maigrì et est affligée d'une toux continue. Enfin, bien qu'il n'y ait pas d'expectoration, on trouve, au sommet droit, des signes incontestables de tuberculose, résistance au doigt et craquements humides assez nombreux après la toux. L'inoculation intra-péritonéale de la croûte détachée de la lèvre supérieure a été faite à un cobaye il y a dix jours. Le résultat en sera communiqué ultérieurement.

En résumé, bien que la présence du bacille à la surface de l'ulcère n'ait pas été constatée, il s'agit dans ce cas de deux ulcères tuberculeux. Deux points sont à retenir : l'absence de granulations et l'analogie d'aspect avec le chancre et la chancelle.

M. FOURNIER. — Si la malade n'avait pas d'ulcération sublinguale le diagnostic serait très hésitant, d'autant que la tuberculose buccale se loge rarement sur les lèvres.

M. BESNIER. — Il y a en effet ici une réelle difficulté diagnostique : car les ulcères tuberculeux des tuberculeux pulmonaires ont une allure spéciale.

M. DANLOS. — Sous l'influence de l'acide lactique pur, la lésion s'est notamment modifiée.

M. BARTHÉLEMY. — Chez deux malades atteints de phthisie tuberculeuse avancée, j'ai observé deux cas d'ulcérations tuberculeuses typiques du méat uréthral, assez profondes et durant déjà depuis plusieurs mois. La guérison totale, sans récidive de la bacille locale, a été obtenue par l'application de l'iodoforme et de l'acide lactique pur.

Orthoforme et calomel en injections dans un cas de glossite tertiaire.

Par M. DANLOS.

X..., 45 ans, journalier, a contracté la syphilis vers la fin de 1894. En 1895 il a fait un séjour de quelques semaines dans mon service pour des syphilides ulcérées précoces (S. maligne) qui ont parfaitement guéri. C'est à la fin de l'année 1895 que paraît avoir débuté la lésion linguale.

Depuis trois ans, le malade a fait pour ce motif plusieurs séjours à Saint-Louis, mais comme il continuait à fumer, à boire et se traitait très irrégulièrement, le mal n'a cessé de faire des progrès. Au mois d'octobre, quand j'ai repris le service j'ai constaté l'état suivant : Langue extrêmement tuméfiée, scléreuse, mamelonnée, ulcérée entre les bosselures et au niveau des empreintes dentaires ; parole, mastication et déglutition douloureuses, ptyalisme continual sans stomatite ; insomnie, etc.

M. Morel-Lavallée qui, en mon absence, avait reçu ce malade, ayant prescrit des frictions, je les ai tout d'abord fait continuer. Elles n'ont pas déterminé de stomatite appréciable, mais non plus aucune amélioration. Dans ces conditions, j'ai fait ajouter aux frictions l'iode à la dose de 4 grammes par jour.

Trois semaines plus tard, ne constatant toujours aucune amélioration et le malade paraissant fatigué, j'ai suspendu pendant près d'un mois le traitement spécifique.

Durant cette période d'expectation, l'état ne s'est pas modifié. Le malade souffrait toujours et, s'alimentant à peine, devenait véritablement cachectique. Je songeai dès lors aux injections de calomel, que le patient, vieil habitué de Saint-Louis, appréhendait beaucoup, et je cherchais un moyen de les rendre moins douloureuses, quand mon interne M. Lamouroux ouvrit l'avis d'essayer dans ce but l'orthoforme. Je trouvai l'idée heureuse et sur-le-champ je fis préparer la formule suivante :

Huile de vaseline.....	10 centimètres cubes.
Calomel.....	50 centigrammes.
Orthoforme.....	80 —

Cinq injections, d'un centimètre chacune, furent, à huit jours d'intervalle, pratiquées dans les fesses avec ce mélange.

Dès la première, l'amélioration était manifeste ; aujourd'hui la guérison est aussi complète que le permettait l'état scléreux de la langue.

Ce fait montre une fois de plus les merveilleux effets que l'on peut attendre du calomel dans les syphilides linguales rebelles à la thérapeutique ordinaire.

Autant que l'on peut conclure d'un fait unique, il semble aussi que nous ayons réussi, sinon à supprimer, au moins à atténuer par l'orthoformé l'élément douleur, car après chaque injection il ne survenait de douleur qu'au quatrième jour et la souffrance était si peu vive que le malade pour en témoigner s'est mis à frotter les salles. Nous reconnaissons qu'il n'y a peut-être là qu'un heureux hasard et que des essais plus nombreux sont nécessaires pour fixer ce point de pratique. Nous ajouterons seulement qu'en faisant ces injections il est bon de se servir d'une canule de gros calibre pour éviter l'obstruction. Signalons aussi que l'addition d'orthoformé paraît empêcher l'adhérence du calomel aux parois du flacon, adhérence qui se produit presque inévitablement au bout de quelque temps, et oblige à chauffer pour détacher l'incrustation et rétablir l'homogénéité du mélange chaque fois que l'on veut s'en servir.

Le calomel et l'orthoformé ne doivent être ajoutés à l'huile de vaseline qu'après la stérilisation de celle-ci ; car les mélanges stérilisés en masse nous ont paru profondément altérés.

M. HALLOPEAU. — J'ai amélioré des accidents analogues en faisant sucer aux malades des pastilles de sublimé.

M. DU CASTEL. — Je connais ce malade. Il a été traité dans tous les services de l'hôpital. Il a des périodes d'amélioration.

M. DANLOS. — Je l'ai surtout montré pour sa tolérance aux injections qui sont chez lui non douloureuses.

M. GASTOU. — Cela se voit chez certains malades. Je demanderai à M. Danlos à quelles doses il emploie l'orthoformé et quelle est la toxicité de ce produit.

M. DANLOS. — Ce produit peut s'employer à toutes doses et il n'est pas toxique, il a de plus l'avantage d'empêcher le calomel de se déposer.

M. JULLIEN. — Le mélange du calomel et de l'orthoformé est déjà connu depuis quelque temps ; je l'ai vu indiqué sur l'ordonnance qu'un médecin parisien, dont je ne me rappelle plus le nom, avait donné à un de mes malades, il y a plus d'un an.

M. MOREL-LAVALLÉE. — L'injection de cocaïne faite au moment de l'injection de calomel atténue les douleurs immédiates, et semble même amortir la douleur secondaire.

Tuberculide érythémateuse des mains.

Par MM. LEREDDE et HAURY.

Le malade que nous présentons à la Société présente un exemple

remarquable de lupus érythémateux ou mieux de tuberculide érythémateuse des mains. Le diagnostic n'est pas difficile aujourd'hui ; mais à certains jours, les éléments nodulaires qui forment sur le poignet et le dos des mains la lésion élémentaire se tuméfient extrêmement, s'infiltrent et simulent des tubercules syphilitiques. A d'autres jours au contraire, l'infiltration est pour ainsi dire nulle et les nodules disparaissent, se confondant dans la nappe érythémateuse.

Le malade déclare expressément que les éléments érythémateux arrondis que l'on rencontre sur la face dorsale des premières phalanges ont été bulleuses à certaines périodes. C'est là un fait exceptionnel dans les tuberculides et qui les rapproche à ce nouveau point de vue de l'érythème polymorphe.

Enfin le malade affirme n'avoir pas eu la syphilis ; cependant il présente à la face dorsale de la langue un état leucoplasique vague, avec des sillons, que nous croyons pouvoir être dû à une sclérose syphilitique ; le malade est grand fumeur, mais nous ne pensons pas que l'action du tabac puisse déterminer des lésions évidemment assez profondes, car l'organe, légèrement ratatiné, est induré au doigt.

Voici l'observation de ce malade :

Pierre G..., 38 ans, comptable.

Père mort à 37 ans de maladie de poitrine (4 ans malade) ; mère vivante, 63 ans, très bien portante, a eu il y a 25 ans une pleurésie droite qui a été ponctionnée une fois, sans suites graves.

Un frère plus âgé de 18 mois, corpulent, bien portant, souffre de douleurs intermittentes dans le cou-de-pied et les articulations du pied et desorteils (il s'agit peut-être de goutte).

Une sœur moins âgée, a toujours été bien portante (6 enfants bien portants, vivants, sur 6 grossesses).

Un autre frère (l'aîné des enfants) mort en bas âge à 7 ou 8 mois, de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Né à terme. Élevé au sein.

A eu en bas âge une *kératite parenchymateuse* dont il reste encore des traces sur la cornée droite.

Dans la première enfance, écoulement d'oreille droite qui a persisté jusqu'en 1895. Surdité très marquée pendant très longtemps, puis petit à petit l'ouïe est revenue, quoique toujours moins nette que de l'autre côté.

Vers 10 ou 11 ans, fluxion de poitrine.

Vers 13 ans, érysipèle de la face.

N'a plus eu de maladie jusqu'en 1894. En novembre de cette année jusqu'en mai 1895, à la suite de grands chagrin, a été obligé de garder le lit ; il ne pouvait plus marcher ni se tenir debout, quoique les jambes n'aient pas été paralysées. Pendant la maladie, il a eu une éruption localisée au pied droit et constituée par des bulles grosses comme l'extrémité du petit doigt et remplies de sérosité claire ; il a été guéri par le Dr Chantemesse.

En 1895, apparition presque simultanément sur les deux mains d'une

éruption caractérisée par de petits boutons rouges, non douloureux, non prurigineux, disséminés sur la face dorsale.

La face dorsale de la main droite est recouverte presque complètement de lésions que l'on peut décrire de la manière suivante :

On constate une rougeur diffuse, d'un ton légèrement violacé, qui devient franchement violacé à certains jours. La peau conserve son plissement normal, et on ne trouve d'autre altération épidermique que la présence de fines traînées cornées, irrégulièrement distribuées, dues, semble-t-il, à une rénovation plus rapide de la couche cornée qu'à l'état normal. Mais il n'y a jamais eu de desquamation plus abondante.

Sur les bords, et particulièrement à la hauteur du poignet et de l'avant-bras, on constate que les lésions sont limitées par un bord polycyclique aussi nettement dessiné que dans des lésions d'erythème polymorphe vulgaire.

Au doigt, on y constate la présence de nodules arrondis semi-hémisphériques, qui se retrouvent en divers points de la surface malade, particulièrement sur ses bords. Ces nodules ont en général le volume d'un pois et ne présentent aucune sensibilité à la pression.

Au milieu de l'aire malade, on trouve deux ou trois intervalles de peau saine.

Sur la face dorsale des premières phalanges de tous les doigts et même du pouce on trouve des lésions qui ont la même coloration et qui, la première fois que nous avons vu le malade, simulaient des nappes arrondies d'erythème polymorphe à bords légèrement surélevés, légèrement déprimées dans leur région centrale plus violacée que les bords.

Ongles sains.

Face palmaire saine.

Sur la main gauche, les lésions sont beaucoup moins étendues : la face dorsale est respectée ; mais on constate des lésions groupées sur le bord radial du poignet formant une nappe irrégulièrement arrondie de six à sept centimètres de diamètre. Ici les nodules que nous avons trouvés à droite sont beaucoup plus apparents, beaucoup mieux individualisés et rappellent plus nettement l'aspect de tubercules syphilitiques.

Des lésions semblables à celles que nous avons trouvées sur les phalanges de la main droite se retrouvent sur la première phalange du pouce, la première phalange de l'index et du médius. Sur le pouce et à la base de la première phalange de l'index on trouve une croûte cornée, blanche, assez étendue ; le malade déclare expressément qu'au mois d'avril dernier, il a présenté à ce niveau des bulles qu'il a percées, contenant une sécrétion jaune rougeâtre.

Enfin on constate au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus une papule arrondie, semblable à celles qui sont disséminées dans les lésions agminées, de couleur rose tendre, plus récente que les autres, datant de peu de temps. Cette papule a été biopsiée.

Il n'existe pas de douleurs spontanées, ni à la pression, ni prurit.

Sur la face dorsale du cou vers sa base, il existe une série de taches saillantes, rouge foncé (sans douleur ni prurit), séparées les unes des autres.

Boutons d'acné sur le dos.

Adénopathies cervicales, axillaires, inguinales, très marquées.

Auscultation. — Respiration faible aux 2 sommets, surtout à gauche avec expiration prolongée, pas de bruits morbides ; rien au cœur.

Autres organes d'apparence saine.

Langue : glossite *corticale*, caractérisée par une nappe blanc grisâtre, presque terne, avec quelques petites exulcérasions, des plaques commissurales des fumeurs plus marquées à gauche, côté duquel le malade fume de préférence, voûte palatine ogivale, carie dentaire accentuée.

Pas de stigmates d'hystérie : pas de rétrécissement du champ visuel, ni d'anesthésie.

M. FOURNIER. — J'affirme que ce malade n'est pas syphilitique, à cause du signe de la congestivité que présentent les lésions. On fait disparaître en effet l'élément éruptif pour une seconde par une pression d'une seconde, ce qui n'a pas lieu dans la syphilis.

Méthode de Cerny-Trunecek et antisepsie buccale combinées dans le traitement de l'épithélioma lingual. (Le sublimé noircit-il les dents ?)

Par M. PAUL GASTOU.

Le malade actuel est présenté pour la seconde fois devant la Société ; en voici l'histoire clinique.

M. A. S..., Âgé de 62 ans, a vu se développer sur sa langue une lésion ulcérée dont le début remonte à 2 ans, et pour la guérison de laquelle a été, en janvier 1898, faite une opération chirurgicale, consistant en ablation du tissu malade.

C'est à cette époque que le malade fait remonter une série de troubles morbides dont les principaux sont : des élancements douloureux dans la langue et l'oreille droite, de la salivation et une gêne progressive de la déglutition.

Actuellement, en août 1898, ces phénomènes ont la même intensité. Le malade n'a nullement l'aspect cachectique et rien dans son facies et son état général ne dénote qu'il est porteur d'une néoplasie ulcérée linguale.

L'examen de la langue est difficile, le malade ne peut ouvrir largement la bouche. On voit néanmoins sur la langue une néoplasie de la dimension d'une noix, ulcérée, irrégulière et à surface recouverte de petites érosions lenticulaires blanchâtres donnant l'apparence d'abcès miliaires. La face inférieure de la langue est soudée au plancher buccal par des bourgeons saillants, mous, effrités, comme papillomateux. Les gencives sont tuméfiées, fongueuses à leur partie postérieure au niveau du maxillaire inférieur. Adénopathie sous-maxillaire droite accentuée, non douloureuse.

Malgré l'absence d'accidents syphilitiques, le traitement mixte est essayé pendant une dizaine de jours.

Le 9 septembre, le malade revient consulter, il salive et souffre de plus

en plus des oreilles, il ne peut dormir à cause de la salivation plus abondante dès qu'il est au lit. La tumeur a augmenté et l'ulcération gagne de plus en plus la face inférieure de la langue qu'elle sépare en deux en creusant un véritable sillon bifurqué à sa partie antérieure près de la pointe.

On cesse le traitement mixte et on le remplace par des badigeonnages au perchlorure de fer à 36° pratiqués tous les six jours.

Le 2 décembre, la lésion a augmenté, la pointe de la langue est partagée en deux par l'ulcération primitive, d'où part un second sillon ulcérageux qui tend à diviser la partie gauche de la langue d'avant en arrière, d'où la production d'une sorte de battant de cloche constitué par la partie moyenne rattachée aux deux autres et au corps de la langue par un véritable pédicule.

Il faut ajouter que l'état d'infection buccale a augmenté : les dents sont recouvertes d'un enduit blanc, fuligineux, fétide, le plancher buccal est formé de mamelons comme bourbillionneux qui sont très douloureux. La tuméfaction sous-maxillaire s'est étendue, après avoir été bilatérale, elle devient sous-hyoïdienne.

Devant l'impossibilité de soulager le malade et à défaut de méthodes utiles pour modifier l'épithélioma, la méthode de Cerny-Trunecék est proposée et acceptée. Avant de l'appliquer une *biopsie* est faite qui montre les lésions suivantes :

Examen histologique. — Le fragment excisé est entièrement constitué par deux tissus de nature différente :

1° Un tissu épithelial, néoplasique, amas de cellules irrégulières, à gros noyaux irréguliers, à protoplasma par places mal coloré. Cellules se groupant en amas, en cordon ou traînées irrégulières, dont l'ensemble donne un type d'épithélioma extensif.

2° Un tissu d'infiltration cellulaire, à cellules rondes, régulières, à gros noyaux, qui comble les interstices laissés libres entre les groupements épithéliaux et forme lui-même des amas, des traînées, des gaines autour des vaisseaux. Il dissocie, en quelque sorte, les éléments cellulaires et les empêche de se réunir par son abundance qui égale et même surpasse en certains points le tissu épithelial.

Il existe donc, chez le malade, à côté de la néoplasie épithéliale, une néoplasie inflammatoire un épithélioma et une glossite interstitielle.

L'examen histologique étant favorable à l'application de la méthode de Cerny-Trunecék, des examens biopsiques antérieurs nous ayant montré que plus une néoplasie épithéliale est riche en éléments d'infiltration plus rapide sera sa tendance au bourgeonnement cicatriciel, le traitement a été commencé aussitôt.

Dès le 5 décembre les parties ulcérées de la langue ont été badigeonnées avec une solution d'acide arsénieux à 1 gramme pour 150 grammes (1).

Dans la crainte d'une réaction vive des tissus ou d'une intoxication, le badigeonnage a été fait avec beaucoup de réserve sur une petite surface, en recommandant au malade de noter avec soin les incidents qui pourraient se produire.

Le lendemain une nouvelle application fut faite et continuée les jours

(1) Alcool et eau, de chaque 75 grammes.

suivants, en usant toujours de prudence, en augmentant l'étendue des surfaces badigeonnées. La solution au 1/150^e fut, au bout de dix jours, remplacée par une solution au 1/100^e, puis par une solution au 1/50^e.

Depuis le début de l'application, jusqu'à aujourd'hui le malade n'a présenté aucun phénomène particulier d'intolérance, de réaction quelconque ou d'intoxication.

Sitôt badigeonnée, la partie malade reçoit une véritable douche d'air qui aide à l'évaporation. Il n'est fait aucun pansement. Le malade accuse une cuisson très tolérable, qui dure peu : et c'est tout ce que produit de douloureux l'application d'acide arsénieux. Cette absence de douleurs est-elle un fait individuel ou général ? Il est difficile, faute d'expérience, de le dire.

Qu'est-il résulté de ces applications ? Au début rien de bien sensible : mêmes douleurs, même empâtement, même salivation. Puis l'ulcération est devenue plus saignante, le bourgeonnement a commencé à se produire, les abcès miliaires ont diminué et, fait curieux, le fragment de langue compris entre les 2 sillons ulcéreux est devenu exsangue, puis gris, noir, et s'est éliminé.

La perte de substance qui en est résultée a été rapidement comblée en partie par les bourgeons charnus. Aujourd'hui le malade, au lieu de présenter une tuméfaction énorme, violacée, emplissant la bouche, a une langue, réduite il est vrai, mais plus dégagée, dont la partie antérieure est creusée en feuillets de livre bourgeonnant et saignant facilement. Il peut avaler et parler plus facilement.

Si une certaine amélioration de l'état lingual s'est produite, il n'en est pas de même de l'état des ganglions. Le malade a une tuméfaction sous-maxillaire énorme, qui, ces jours-ci, s'est ouverte, et par un trajet fistuleux donné, par un écoulement intermittent, issue à un liquide séro-purulent et sanguinolent.

J'ai insisté sur ce fait qu'il y avait anatomiquement dans cette langue, de l'épithélioma et de la glossite. J'ai attiré l'attention sur la stomatite et la gingivite intenses présentées par le malade.

C'est précisément contre cette complication d'infection buccale qu'a été appliquée la seconde partie du traitement. Pour lutter contre l'épithélioma, l'acide arsénieux avait été utilisé. Pour modifier l'état de la bouche et des gencives, l'antisepsie buccale fut pratiquée et l'observation du malade continuée.

Un nettoyage, le plus complet possible, des dents fut pratiqué par le dentiste de l'hôpital. Opération difficile, à cause des bourgeons épithélio-mateux, qui issus du plancher de la bouche, viennent en arrière de l'arcade dentaire recouvrir les dents. Le tartre enlevé, les dents ainsi dégagées, un lavage régulier avec frictions fortes à la brosse et au savon au sublimé, fut pratiqué deux à trois fois par jour. Sous cette influence, la stomatite et la gingivite se sont en partie atténuées et la salivation est moins abondante. Le malade est du reste toujours badigeonné et suit concurremment les deux traitements.

S'il a insisté longuement sur les détails de cette observation, c'est

pour attirer l'attention de la société sur deux points de la thérapeutique des affections buccales : deux points dont l'importance me semble considérable :

1^o La possibilité de tenter l'application de la méthode de Cerny-Trunecek contre les épithéliomas de la langue, surtout au début, le diagnostic étant confirmé par une biopsie.

2^o La nécessité et l'obligation de joindre à tout traitement contre l'épithélioma une antisepsie rigoureuse de la bouche et des dents.

Sur le premier point, je demanderai à la Société son opinion sur l'innocuité du traitement arsenical, tant en vue de la réaction irritative possible des muqueuses que de la possibilité d'une intoxication ? Et je pose la question ainsi : Le médecin est-il autorisé à tenter l'application de la méthode de Cerny-Trunecek dans les cas d'épithélioma ulcèreux ou non de la langue ; et, dans quelles conditions doit-il appliquer cette méthode sans crainte d'intoxication ?

Je ne crois pas rencontrer d'opposition sur le second point : la nécessité absolue de l'antisepsie buccale dans les cas de lésions épithéliomateuses de la langue. M. le Dr Hallopeau, ici même, nous a dit, dans la dernière séance, qu'il donnait à ses malades, dans des cas analogues, des pastilles de sublimé.

Mais si l'antisepsie est admise, les opinions varient sur la façon de l'appliquer. Je crois qu'en posant ma seconde question à la Société, j'élargis le débat, car il ne s'agit plus seulement du traitement de la stomatite du cancer mais des stomatites en général et en particulier de la stomatite mercurielle ; et je demande ceci : le sublimé étant un des meilleurs antiseptiques buccaux, et tendant depuis quelque temps à prendre une place prépondérante, peut-on le prescrire sans crainte, et ne s'expose-t-on pas à produire par son usage, un noircissement des dents, du plus désagréable effet ?

Voilà, il me semble, un point de pratique thérapeutique que la présence de notre savant collègue M. Galippe va nous aider à trancher pour le plus grand profit de notre Société et de nos malades.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Les infiltrations inflammatoires sont en effet fortement modifiées par les traitements antiseptiques. Les injections de calomel agissent dans ce sens.

M. GALIPPE. — La stomatite mercurielle est pour moi une stomatite infectieuse. Je ne crois pas que le sublimé noircisse les dents. Si cette coloration noire se produit, c'est que la bouche est mal soignée et qu'il se produit des transformations secondaires ; on peut en tous cas user d'un autre antiseptique que le sublimé si on redoute ce noircissement.

M. FOURNIER. — Le sublimé noircit les dents même s'il n'y a pas de tartrat : j'ai vu ce fait se produire plusieurs fois.

M. MAURIAC. — Je suis du même avis et je ne crois pas qu'il faille incriminer la présence du tartre pour expliquer le noircissement des dents.

M. MOTY. — J'emploie contre l'élément infectieux qui complique les stomatites l'acide salicylique au dixième et je m'en suis bien trouvé.

M. TENNESON. — Je voudrais insister sur le traitement de la stomatite mercurielle par les topiques mercuriels M. Galippe et de Renzi ont les premiers observé la guérison des ulcérations de la stomatite mercurielle à l'aide de badigeonnages de sublimé. Cela prouve que ces ulcérations sont dues à un parasitisme secondaire, mais il n'en résulte pas que le mercure ne produit point de stomatite. Dans la stomatite mercurielle il faut donc distinguer deux phases.

Il y a longtemps que j'enseigne que dans la stomatite mercurielle il y a deux phases :

1^o Une phase congestive et desquamative qui est due à l'élimination du mercure.

2^o Une phase ulcéreuse qui est due aux infections secondaires.

Tout malade qui a la bouche malpropre, qui a du tartre autour des dents, et qui absorbe du mercure, est condamné à la stomatite mercurielle avant la fin de la première semaine.

Or il existe un traitement prophylactique excellent de cette stomatite : c'est l'emploi du savon mercuriel. Par son usage, on évite tout retard dans le traitement de la syphilis et on peut sans inconvénient continuer le traitement mercuriel quand déjà la stomatite existe.

La technique de l'emploi du savon est peu connue. Il faut un véritable savonnage, dont on montre le manuel opératoire aux malades.

Je dis que le sublimé ne noircit pas les dents et la meilleure preuve est qu'une dent laissée en permanence dans le sublimé ne noircit pas.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Il est certain que dans les stomatites infectieuses l'emploi du mercure n'est pas fatallement dangereux.

M. JULLIEN. — Ce traitement peut être salutaire, mais il noircit les dents.

Je joins mon témoignage à celui de mes maîtres, M. Fournier et M. Mauriac. Jusqu'ici j'avais considéré comme un dogme que les solutions de sublimé noircissent les dents, les exemples que j'en ai eus sont fort nombreux et datent de fort longtemps ; tous mes collègues ont été certainement à même d'en voir comme moi.

M. GALIPPE. — Il y a un moyen de remédier à cet inconvénient, c'est d'enlever le tartre avant l'emploi du sublimé et de laver les dents à l'eau oxygénée à 10 volumes si le noircissement se produit ; mais, je le répète, il n'est pas nécessaire d'employer des préparations mercurielles pour guérir les stomatites, et l'emploi de l'acide phénique est excellent contre les pullulations microbiennes.

M. GALEZOWSKI. — Les altérations des dents et des gencives dans le traitement mercuriel, dépendent en grande partie du peu de propreté et des

soins hygiéniques incomplets suivis par les malades, soumis au traitement anti-syphilitique mercuriel. J'ai eu nombre de fois l'occasion de m'en assurer sur mes malades.

Les frictions mercurielles prolongées sans interruption pendant deux années consécutives, provoquent quelquefois des gingivites très tenaces, des altérations dentaires et des colorations noires des dents, ce qui décourage les malades de continuer le traitement. Or, après de nombreuses études, je suis arrivé à démontrer que ces altérations de la muqueuse gingivale sont dues au manque de propreté, et qu'en soumettant mes malades à des soins hygiéniques très sévères, et en les obligeant à se gargariser deux fois par jour avec des gargarismes au chlorate de potasse ou chlorate de soude concentré, je suis parvenu à éviter ces altérations de la muqueuse buccale.

M. BARTHÉLEMY. — Je crois aussi à l'action pathologique primitive du mercure sur la muqueuse bucco-gingivale, qui doit mettre la muqueuse en état de réceptivité morbide pour les agents infectieux préexistants dans la bouche. Je crois aussi à l'action des antiseptiques variés, mercuriels et autres. Mais je n'aime pas les préparations mercurielles depuis 1873 où j'ai vu dans le service de Lasègue, où j'étais externe, les gargarismes et les badigeonnages de liqueur de Van Swieten atténuée très bien réussir contre les couennes des amygdales dites herpétiques, mais aussi noircir souvent les dents. C'est pour cela que depuis plusieurs années je fais faire de grandes irrigations boriquées, des brossages à la brosse douce imprégnée de savons dentifrices salolés ou boratés et des applications de poudre de quinquina et de chlorate de potasse, craie et salol, selon la formule de Gaucher.

Quant au cas cité par M. Morel-Lavallée, où il était question d'un épithéliome qui me semblait si peu douteux que j'étais partisan de l'excision immédiate, je ne crois pas que l'amélioration obtenue par le calomel ait pu empêcher l'opération ni même la récidive ; car pour éviter les récidives, il faut enlever toute la zone que Verneuil qualifiait jadis de suspecte.

M. LEREDDE. — A un point de vue de dermo-pathologie générale, je rappellerai que dans les lésions hydrargyriques de la peau, il se fait une pullulation microbienne extraordinaire. M. Sabouraud l'a souvent fait remarquer. La pathogénie indiquée par M. Galippe pour la stomatite mercurielle doit donc, semble-t-il, être étendue aux éruptions mercurielles de la peau. Le mercure d'une part, les parasites de l'autre jouent un rôle nécessaire.

M. HALLOPEAU. — J'ai pu employer le sublimé en pastilles pendant deux mois sans noircissement des dents. Le savonnage est en tous cas un procédé excellent à employer surtout le soir, en évitant de le faire suivre d'un rincement de la bouche.

M. TENNESON. — Si les malades ont les dents noircies c'est que le plus souvent ils ont des plaques muqueuses qu'ils cauterisent au nitrate d'argent, et rien ne noircit les dents comme l'emploi de ce sel.

M. BESNIER. — A-t-on étudié l'action chimique qui se produisait ?

M. GALIPPE. — Il y a sans doute réduction du sel de mercure et formation d'un produit sulfuré.

M. BESNIER. — Il serait intéressant de savoir au juste quel est le sel mercuriel qui se forme.

M. GASTOU. — La discussion a porté jusqu'à présent sur le traitement de la stomatite. Je demande à la Société son avis sur le traitement de l'épithélioma lingual par l'acide arsénieux. Est-on autorisé à tenter ce traitement dans les cas d'épithélioma lingual au début ?

M. BESNIER. — On peut hésiter à cause de la présence des ulcérations et il faut en tous cas y mettre une très grande prudence. Je demanderai à M. Danlos comment il se fait que dans ces badigeonnages il ne se produit pas d'accidents toxiques.

M. DANLOS. — Le médicament est absorbé en très faibles proportions, car sous l'influence des badigeonnages il se produit une exsudation et le malade crache.

M. BESNIER. — Peut-être y a-t-il aussi une transformation chimique. Il faut en tous cas être prudent et au besoin se rendre compte de la quantité du toxique absorbé par l'examen de l'urine.

M. VÉRITÉ. — L'absorption d'alcalins facilite en tous cas l'administration de fortes doses d'arsenic.

Vergetures syphilitiques du tronc.

Par M. DANLOS

M^{me} X..., 20 ans, s'est mariée le 10 juin 1897 avec un jeune homme en apparence sain, ou du moins qui croyait l'être. Le 30 août, elle faillit être écrasée par la chute d'un candélabre et ressentit une violente frayeur. Quinze jours plus tard, une éruption se manifesta sur le corps. Au commencement de novembre 1897, M^{me} X... entra au pavillon Emery. Elle était alors couverte d'une syphilide papuleuse presque conflue sur le tronc, et extrêmement prurigineuse. M. Fournier, à qui je montrai la malade en raison de cette particularité rare, fit le diagnostic de syphilide maligne précoce. On ne put retrouver l'accident primitif; seule l'éruption papuleuse, jointe à quelques plaques (vulve, bouche) et à des maux de tête avec alopecie révélait la syphilis. Depuis son accident, la malade était très nerveuse, et c'était là, sans doute, la cause de son prurit qui disparut complètement à l'aide de quelques douches tièdes. La syphilide papuleuse évolua régulièrement, la malade étant mise au traitement spécifique. Quand elle quitta l'hôpital à la fin de janvier les papules étaient fortement pigmentées et en voie d'affaissement. Aussitôt sortie de Saint-Louis, M^{me} X... devint enceinte et revint nous consulter dans les premiers jours d'avril.

On constatait dès ce moment, sur nombre de points au niveau des macules pigmentées, les premiers indices des vergetures. Depuis lors le processus a évolué lentement, l'état maculeux pigmenté persistant seul (malade très brune) sur beaucoup de points et se compliquant d'atrophie sur d'autres.

Jamais à aucun moment de l'évolution, rien ne s'est produit qui permet de penser à une ulcération ; il y a eu purement et simplement absorption inters-titellaire ; et ce travail très long ne semble pas terminé malgré les seize mois écoulés depuis le début de l'éruption. La grossesse a suivi son cours régulier et pendant presque toute sa durée la malade a fait des frictions quotidiennes avec l'onguent napolitain sans avoir de stomatite. Elle prenait, il est vrai, grand soin de sa bouche et avait une dentition excellente. L'enfant venu à terme pesait huit livres et serait mort pendant le travail. On n'aurait constaté sur lui aucune éruption (?). Depuis l'accouchement la santé générale est excellente, sauf un peu de dyspepsie et aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'est produite.

Le mari, lui non plus, n'a pas présenté depuis son mariage de lésions syphilitiques.

Il prétendait, de bonne foi peut-être, n'avoir jamais eu la vérole, mais ce qui semble bien indiquer son erreur c'est qu'il ne l'a pas contractée de sa femme.

Ce fait intéressant, surtout parce qu'il a permis de suivre nettement l'évolution des vergetures et leur dérivation *in situ* d'une syphilide papuleuse, est encore digne d'attention à deux points de vue : l'intensité du prurit qui était à l'entrée très pénible pour la malade ; et la transmissibilité d'une vérole de caractère grave par un sujet si légèrement touché qu'il avait pu se croire indemne. Peut-être faudrait-il considérer la frayeur éprouvée par la malade et l'état nerveux consécutif comme un facteur de gravité.

M. MOREL-LAVALLÉE. — J'ai observé un exemple de ces vergetures chez un sujet devenu syphilitique à une date très postérieure, je crois, à ces macules atrophiques.

M. FOURNIER. — Il faut tenir compte également de ce que la malade vient d'accoucher.

Ostéopathies symétriques et cataracte corticale postérieure d'origine hérédо-syphilitique.

Par M. FOURNIER.

Notre petit malade est âgé de 15 ans. Nous n'avons pu trouver chez lui aucun antécédent personnel intéressant, et nous ne savons malheureusement rien de précis sur ses parents.

Il est entré dans le service pour un rhumatisme articulaire qui avait débuté quinze jours avant notre examen.

Le début de l'affection avait été pourtant particulièrement sourd. Sans traumatisme antérieur, sans fatigue ni surmenage évidents, les deux arti-

culations du genou augmentèrent graduellement de volume. La douleur, d'abord légère et diffuse, se précisa bientôt et se localisa au niveau de l'extrémité supérieure du tibia. Elle était plus nette la nuit que le jour.

Les phénomènes généraux étaient peu marqués, un peu de température le soir, ce qui avait primitivement fait faire le diagnostic de rhumatisme.

Examen des articulations du genou. — Les deux genoux présentent une augmentation de volume considérable constituée d'une part par de l'hydathrose, d'autre part par une hyperostose du fémur et surtout des condyles tibiaux.

A la palpation, les extrémités des deux os à droite comme à gauche sont volumineuses, mais non déformées. Le péroné est intact.

Au niveau du plateau tibial la douleur est assez marquée, surtout à droite. Les points douloureux forment une véritable couronne périphérique siégeant à l'union du plateau et de la diaphyse de l'os. La tubérosité antérieure est particulièrement sensible, de même que les points d'attache des ligaments latéraux.

Au-dessous de ces différents points le corps de l'os est intact.

Du côté du fémur l'augmentation de volume est moins marquée et la douleur nulle.

La rotule est normale, mais moins mobile que d'ordinaire.

Le choc rotulien est difficile à produire, par la pression on écrase des masses articulaires, molasses, mais non crépitantes. La synoviale peut être saisie entre les doigts dans les culs-de-sac latéraux, elle est manifestement épaisse.

L'allure chronique de l'affection écartait le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux, le siège de la douleur celui d'ostéomyélite avec retentissement articulaire, la bilatéralité celui de tuberculose à point de départ osseux. Il fallait penser en dernier lieu à une ostéopathie syphilitique avec poussée articulaire subaiguë, comme cela est d'ailleurs habituel dans ce genre de lésion.

Nous avons dit qu'il n'y avait aucun renseignement sur l'état de santé du père ni de la mère ; mais l'enfant présentait des stigmates de syphilis héréditaire :

Voûte palatine ogivale et profonde. Asymétrie faciale, infantilisme. Organes génitaux peu développés, testicules petits et durs, presque insensibles. Les incisives supérieures portent une érosion en coup d'ongle, elles sont désorientées et comme tordues sur leur axe, les canines portent une petite pointe anormale à leur sommet, la dent de lait persiste. En un mot, troubles légers de nutrition des dents, et retard de la dentition.

Examen des yeux. — Enfin, du côté des yeux notre petit malade présente des lésions intéressantes qui sont de deux ordres et sur lesquelles M. le Dr Antonelli a bien voulu nous remettre la note suivante :

Des deux côtés, il existe une cataracte corticale postérieure, un peu plus épaisse à droite, une sorte de toile d'araignée visible d'ailleurs à l'œil nu.

Du côté droit, on note également un point de cataracte capsulaire polaire postérieure. La zone équatoriale du cristallin est tout à fait transparente. À travers cette zone périphérique, la pupille ayant été dilatée par l'atropine, il est possible de constater des stigmates ophtalmoscopiques à forme mixte (papille et choriorétine).

Il était difficile de ne point rapprocher l'une de l'autre ces deux lésions, ostéopathies et cataracte, et de ne point penser que toutes deux ont une même origine spécifique.

M. GALEZOWSKI. — Il y a déjà plusieurs années que j'ai lu à la Société un travail sur les altérations soi-disant scrofuleuses des yeux, et dans lequel j'ai cru pouvoir démontrer que dans la plus grande majorité des cas elles étaient la conséquence de la syphilis héréditaire en deuxième ou en troisième génération. L'examen attentif des yeux chez ces individus permet de trouver des stigmates de la syphilis vers l'ora serrata.

Chez le malade de M. Fournier que je viens d'examiner, avec son autorisation, je constate avec l'ophtalmoscope des cataractes polaires postérieures dans les deux yeux, dont les caractères de la syphilis héréditaire ne me paraissent pas douteux.

Que voyons-nous, en effet, dans ces yeux ? A l'extérieur, il n'y a rien de particulier, l'iris et les cornées sont saines. Mais la vision est notablement diminuée, et lorsqu'on examine le cristallin dans les deux yeux, avec l'ophtalmoscope, ou par l'éclairage latéral, on constate un *reflet blanc crétacé*, bien limité et bien circonscrit un peu en arrière du noyau. Tout autour de cette opacité, on trouve une zone transparente dans la périphérie du cristallin permettant d'éclairer une partie du fond de l'œil, et où on trouve, vers l'ora serrata, des signes de la syphilis héréditaire choroidienne.

Des récidives dans la syphilis oculaire et du moyen de les prévenir.

Par M. GALEZOWSKI.

La syphilis oculaire dans ses différentes variétés est une des plus fréquentes maladies de la pathologie oculaire, comme j'ai pu m'en assurer par mes recherches statistiques faites depuis plus de 15 ans. Sans parler des iritis que tous les médecins connaissent parfaitement, la choroidite syphilitique constitue une des variétés des plus fréquentes et des plus irrégulières dans son évolution. Il y a, en effet, des choroidites syphilitiques avec des troubles diffus et des flocons dans le corps vitré; d'autres choroidites se présentent avec des atrophies choroidiennes plus ou moins nombreuses; d'autres, enfin, se rencontrent disséminées avec ou sans la pigmentation morbide, sans ou avec rétinite.

Toutes ces affections débutent le plus habituellement vers l'ora serrata, pour aller envahir de là les parties voisines, et s'étendre peu à peu aux parties sous-jacentes de la rétine et y constituer des rétinites plastiques, des rétino-choroïdites pigmentaires. Ces dernières accusent des caractères indélébiles de la syphilis, comme je l'avais le premier démontré il y a nombre d'années.

Il arrive invariablement dans la marche et l'évolution de toutes les choroïdites syphilitiques, un fait non moins caractéristique, et bien remarquable, c'est que certaines d'entre elles se modifient très rapidement et très avantageusement sous l'influence du traitement mercuriel; d'autres, au contraire, restent longtemps sans aucun changement, à moins qu'on ait recours à une méthode toute active. Cette méthode simple et si active, qui agit si avantageusement dans le traitement des choroïdites spécifiques avec ou sans infiltrations du corps vitré, est ma méthode des frictions avec la pommade d'onguent hydrargyrique de 2 grammes par jour prolongée pendant 2 ans.

Sous l'influence de ces dernières, les améliorations ne deviennent bien visibles qu'après deux à trois mois de traitement. Les flocons du corps vitré qui se développent dans le segment postérieur de l'œil et tout près de la papille optique sont, en effet, difficiles à atteindre par tout autre traitement. Ramener la transparence dans ces parties de la hyaloïde, est naturellement une chose et un problème difficile à résoudre, et malgré les améliorations qu'on obtient dans l'état inflammatoire de la choroïde, nous ne voyons apparaître la transparence du corps vitré que bien plus tard. La même chose a lieu dans la marche et l'évolution de la choroïdite atrophique et pigmentaire de l'ora serrata, qui accompagne toutes les choroïdites syphilitiques à certaine période de leur évolution.

Depuis nombre d'années j'étais frappé aussi d'un fait, c'est qu'un très grand nombre des malades qui venaient me consulter, avaient subi différents traitements antisyphilitiques complètement satisfaisants pour d'autres altérations, et que les yeux n'étaient pris que bien plus tard après la guérison complète d'autres accidents syphilitiques.

A quelle cause devais-je attribuer cette affection oculaire tardive, quand l'individu resta guéri de son mal vénérien pendant 10, 15 et 20 ans?

J'ai fait des recherches à ce sujet pendant plus de 15 années consécutives, en soumettant mes malades à plusieurs méthodes de traitement comparatives et prolongées, et surveillant avec l'ophthalmoscope les modifications survenant dans le fond de l'œil.

Dans ces études comparatives, j'ai cherché à noter les moindres modifications intra-oculaires obtenues après l'emploi des méthodes différentes de traitements hydrargyriques et iodurés. C'est là que j'ai

appris combien les lésions syphilitiques profondes intra-oculaires, et plus spécialement le trouble du corps vitré et les choroidites du cercle ciliaire, restaient inaccessibles au traitement mercuriel administré par la voie stomachale, aussi bien qu'à l'iode de potassium.

Tout au contraire, tous ces malades, que j'ai soumis aux frictions mercurielles méthodiques et prolongées pendant deux années consécutives, arrivaient à la guérison. Le corps vitré redevenait transparent, les atrophies choroidiennes se cicatrisaient, la papille optique reprenait sa forme et sa couleur normale, et la vue se rétablissait plus ou moins complètement.

Deux années donc de frictions mercurielles disséminées sur différentes parties du corps sont nécessaires, à la dose de 2 grammes d'hydrargyrine de Petit, pour obtenir la guérison de la choroidite syphilitique. Ces frictions doivent être pratiquées pendant 730 jours non interrompus ; tout au plus on les interrompra pendant 5 jours après chaque 10 jours de frictions.

Cette méthode, je l'emploie invariablement chez tous mes malades atteints de choroidite syphilitique, et j'ai la satisfaction de dire que la guérison sans récidive constitue la règle générale, si les malades ont la patience de continuer ce traitement pendant deux années sans interruption.

J'ai eu l'occasion d'examiner quelques-uns de mes malades en consultation avec M. le professeur Fournier, qui a pu confirmer la guérison complète et sans récidives pendant plusieurs années.

J'ai pu constater le même résultat favorable du traitement par les frictions mercurielles, chez les malades atteints de paralysies syphilitiques de la 6^e, de la 3^e ou de la 4^e paire. Soumis au contraire aux différentes autres méthodes de traitement, ils arrivaient à la guérison plus ou moins difficilement, et étaient aussi très fréquemment exposés à être repris des mêmes phénomènes de diplopie, ce qui faisait croire à la récidive des paralysies des nerfs moteurs oculaires.

La récidive, d'après mon expérience, n'était due en réalité qu'à un traitement et une guérison incomplète.

Tout au contraire les frictions mercurielles administrées pendant deux années à la dose de 2 grammes, arrivent à amener la guérison définitive et prévenir les récidives, comme le prouvent les observations des malades que j'ai eus sous ma surveillance pendant deux ou trois années consécutives après la guérison.

Pour me résumer, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1^o Les affections syphilitiques de la choroïde seront guéries sans récidive par les frictions mercurielles pendant deux années consécutives et sur les différentes parties du corps.

2^o Pour les frictions mercurielles on ne devra jamais dépasser la

dose de 2 grammes. Selon l'âge et la constitution de l'individu on réduira plutôt la dose de la pommade à 1 gramme et même à 0,50 centigrammes lorsqu'on aura à soigner les sujets jeunes et anémiques.

On appliquera ces frictions 10 jours consécutifs, et on suspendra 5 jours, pendant toute la durée du traitement de 2 ans.

Avec le concours de M. Petit, j'ai fait préparer des capsules d'hydrargyrine, facilement absorbables et bien dosées, à base de lanoline.

3° Les frictions ne devront jamais être interrompues plus de quelques semaines. L'expérience m'a démontré que deux ou trois mois de suspension de ces frictions, réduisent à néant tout traitement antérieur.

4° Dans le traitement de la syphilis oculaire, qu'elle soit d'origine centrale ou périphérique, l'iodure de potassium, non seulement ne fait, selon moi, aucun effet curatif, mais encore cette préparation retarde l'action favorable du mercure en éliminant trop rapidement ce dernier de l'organisme, et en provoquant souvent des accidents irritatifs du côté des conjonctives et des muqueuses.

M. BARTHÉLEMY. — J'observe en ce moment en ville deux malades, l'un âgé de 15 ans, atteint de kératite interstitielle double, mais successive, d'origine manifestement et exclusivement héréo-syphilitique. M. Sauvaineau observe aussi le jeune malade et constate avec moi que les injections de calomel sont le moyen de guérison le plus actif et le plus rapide ; les piqûres d'huile grise n'ayant pas empêché l'œil gauche de se prendre ; l'iodure de potassium, plutôt nuisible, a été rapidement cessé.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une cataracte double molle congénitale, développée sur une fillette de neuf ans et que j'observe avec le Dr Parinaud ; nous n'avons découvert aucune trace de l'hérédité syphilitique ; il s'agit au contraire de tuberculose (la malade a eu, il y a 5 ans, une tumeur blanche du genou). Je crois avec M. Galezowski que bien des lésions oculaires qui ont été rapportées à la tuberculose, à la scrofule, au rhumatisme doivent être rapportées à la syphilis ou à l'hérédité syphilitique. Mais il faut savoir que pour un grand nombre de lésions osseuses, viscérales, ganglionnaires et cutanées, la syphilis et la tuberculose produisent des lésions analogues, sinon objectivement identiques. Jadis on ne pensait qu'à la tuberculose ; il faut maintenant cliniquement tenir compte de l'hérédité syphilitique.

Retour de la perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne.

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Nous n'en sommes plus au jour où on donnait comme un dogme l'infécondité obligée des sujets porteurs d'orchite bilatérale ancienne. Mais dans quelles proportions de fréquence admet-on que se puisse, dans ces cas, récupérer le pouvoir fécondant ?

Je crois qu'il n'est rien de plus obscur en vénérérologie. J'ai, ces temps derniers, interviewé à ce propos plusieurs de nos collègues de chirurgie. Ils ont été unanimes à déclarer que *dans la majorité des cas, ce pouvoir fécondant pouvait reparaître*. Mais ce n'était là qu'une impression personnelle, et à coup sûr aucun d'entre eux n'eût pu citer de chiffre en pourcentage non plus qu'en chronologie.

Les statistiques de Horand, et, plus récemment, de Balzer, tout en barrant définitivement la route à l'opinion désespérante, sont bien peu précises au point de vue qui nous occupe. Nous ne trouverons pas non plus dans le livre si connu de mon ami Jullien de quoi nous satisfaire. En effet, il dit bien qu'il faut, sous ce rapport, distinguer entre les orchites ayant frappé la queue de l'épididyme, — naissance des canaux collecteurs — et celles qui ont intéressé la tête de cet organe, c'est-à-dire un point quelconque *limité* de l'éventail convergent des canalicules séminifères ; mais s'il donne un pronostic *bon* pour les derniers, *mauvais* pour les premiers, je n'en suis que plus fondé à dire qu'il n'apporte pas la solution du problème.

En effet, outre qu'elle ne vise que certains cas particuliers, sans établir de données chronologiques ni autres, suffisantes, cette distinction ferait plutôt faire à la question un pas en arrière ; si, en effet, elle console les blessés de la tête épидidymaire, elle condamne en retour presque implicitement les porteurs d'indurations de la queue, ce qui, anatomicquement, reviendrait à déclarer de nouveau que *l'oblitération des portions des voies déférentes frappées dans l'orchite est définitive* ?

Je vois, du reste, aux gestes de M. Fournier et de nos maîtres assis près de lui, que nul ne se chargerait de répondre aux questions d'un de ses clients : « Vous avez TANT de chances de redevenir « fécond dans x années. » La question est donc tout au plus posée, aussi est-ce pour la remettre à l'ordre du jour tout simplement que je rapporte ici deux observations de ma clientèle de ville, où la réalité clinique — extra-scientifique malheureusement — des faits semble témoigner en faveur du retour réel à la fécondité, au moins pour nombre de cas particuliers.

Le premier de mes malades est un citadin aisé demeurant à Lyon, et qui, se mariant plusieurs années après ses orchites, mit sa femme enceinte dans un laps de temps assez court pour permettre d'exclure, « statistiquement parlant », l'idée d'une collaboration étrangère. Le fait est banal.

Le second cas a trait à une jeune femme de 24 ans. Le hasard voulut que son amant eût gardé, de ses fréquentations de jeunesse au quartier Latin, la conviction qu'un homme ayant une orchite bilatérale, comme c'était son cas, ne pouvait jamais avoir d'enfants. Aussi ne se gênait-il nullement dans le coït, ce qui effrayait ma cliente, moins convaincue d'ailleurs, et sachant d'autre part la facilité avec laquelle elle devenait enceinte.

Or, la jeune femme en question, bien que n'ayant eu en dehors du ménage que des complaisances excluant tout coït *génital* (comme elle m'en a juré ses grands dieux), devint parfaitement enceinte, malgré toutes les précautions qu'elle pouvait prendre à l'insu de son amant. Elle essaya de tâter le terrain, et, trouvant inébranlable la conviction scientifique négative de celui-ci, elle n'hésita pas à recourir à des manœuvres coupables pour faire disparaître le fruit de ses amours illégitimes, son riche ami n'admettant pas qu'il pût en être le père.

Il me semble que cette personne, par moi soignée depuis long-temps, capable de confidences aussi minutieusement détaillées, n'eût pas hésité à m'avouer une infidélité conjugale complète, si elle l'eût commise, puisqu'elle m'avouait *les autres* et que l'amant ne m'était pas connu.

Je crois donc que cette observation, nulle en soi comme valeur scientifique réelle, n'en apporte pas moins certaines chances de vérité en faveur de la perméabilité déférentielle rétablie chez le *de cuius*.

J'espère qu'il suffira d'avoir insisté sur ces faits pour diriger de ce côté les recherches de nos collègues, sur un terrain où tout est encore obscur : car on ne sait encore au bout de combien de temps reparaisseut les spermatozoïdes, ni si la présence réelle des animalcules les plus authentiquement doués de motilité et porteurs de colerette implique fatallement la fécondité.

M. JULLIEN. — Les statistiques cliniques ne manquent pas. Je vous renvoie à l'excellent travail de Balzer et Souplet, où vous en trouverez une très importante. J'ai moi-même apporté dans nos ouvrages des faits positifs et destinés à montrer dans quelle exagération était tombé Liégeois quand il poussa son célèbre et trop retentissant cri d'alarme.

M. FOURNIER. — En tous cas elles ne me satisfont pas et ce n'est pas par elles que je me ferai une opinion.

M. BESNIER. — Ces statistiques sont difficiles, la plupart ne sont pas scientifiques. La seule façon de résoudre la question est l'examen du liquide spermatique.

Le verre bleu en syphiligraphie.

Par M. JULLIEN.

L'emploi du verre bleu pour distinguer sur la peau les taches éruptives frustes est d'origine récente ; ce précieux moyen nous a été enseigné par André Broca dans la très remarquable thèse inaugurale qu'il passa en 1893, intitulée : *Études physiologiques, physiques et cliniques sur la vision des éruptions cutanées*. D'autre part, Haan (du Havre), dans une courte note datée d'octobre 1898 et parue dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, nous apprend,

sans faire aucune mention du travail de Broca, que voulant utiliser le principe des couleurs complémentaires pour la diagnose des maladies cutanées, il se sert depuis plusieurs années d'un verre bleu de cobalt, ou mieux d'un lorgnon monoculaire constitué par un boîtier en corne rempli d'eau céleste, liquide à préférer parce qu'il est monochromatique et diffuse bien moins que le bleu de cobalt.

Quoi qu'il en soit de cette question peu passionnante de priorité, 'ai eu recours à cet artifice d'observation depuis 3 ans, je m'en suis bien trouvé, et j'ai cru intéressant de faire connaître les résultats que j'ai obtenus.

Et d'abord la technique, je l'ai réduite à son expression la plus simple, je me sers soit d'un vulgaire binocle, muni de verres d'un cobalt plus ou moins intense, soit de lames de verre analogues à celles que l'on trouve dans les boîtes destinées aux examens ophtalmoscopiques. Il faut éviter un éclairage trop éclatant et préférer une lumière légèrement voilée, comme celle d'un ciel nuageux. Enfin, ce verre doit être placé aussi près que possible des yeux pour éviter la diffusion des rayons, et soustraire l'œil à toute lumière parasite. On se rappellera que dans ces conditions tout se réduit à des changements d'intensité dans un dessin d'une teinte uniforme, on ne distingue pas le rouge du noir, par exemple. Aussi faut-il prendre garde aux taches de malpropreté, aux souillures naturelles, aux macules érythémateuses, dues à la pression, et aux frottements accidentels.

Sur la question théorique on me pardonnera d'être bref. André Broca a eu pour but de transformer l'énergie mise à la disposition de l'œil dans la vision d'une éruption, de manière à le mettre à l'abri, autant que possible, de la lumière nuisible, de faire une sélection sur les rayons lumineux en supprimant la lumière parasite, celle qui ne varie pas d'une plage cutanée à l'autre, et qui par conséquent fatigue la rétine sans lui apporter l'élément de perception différentielle.

Dans le cas présent les rayons à absorber sont les rayons rouges, et l'expérience a montré que le rouge est la couleur qui, à énergie égale, fatigue le plus la rétine. Les meilleurs verres pour réaliser ce résultat sont les verres de teinte verte ou bleue. Les premiers laissent toujours passer un peu de rouge et de jaune, ils affaiblissent peu le vert et absorbent presque complètement le bleu. Au contraire, le verre au bleu de cobalt présente la propriété remarquable de donner un spectre de bandes analogue à celui de l'oxyhémoglobine. Il présente une très large bande sur la partie la moins réfrangible du rouge, une dans l'orangé, une large et faible dans le jaune vert et une faible dans le vert. Entre ces bandes, il absorbe notamment les rayons, il met un obstacle absolu aux rouges et laisse passer presque

uniquement les verts et les bleus. On me dit cependant qu'aujourd'hui un autre vert est préféré. Telle est la raison scientifique du choix que l'expérience devait si heureusement sanctionner. Haan dit plus simplement mais avec moins d'exactitude sans doute : mon instrument est basé sur le principe des couleurs complémentaires et le verre bleu de cobalt ne laisse passer que les rayons de couleur complémentaire, le reste est uniformément bleu. En isolant l'œil, l'épiderme va donc paraître uniformément bleuté, mais si dans l'épaisseur du tégument se trouvent des zones congestives rouges, impossibles encore à distinguer dans la lumière blanche ambiante, la couleur rouge congestive cutanée apparaîtra parce qu'elle est complémentaire du bleu de cobalt. Il ne m'appartient pas de trancher entre ces deux explications, j'estime cependant que la première repose sur des bases plus solides que la seconde.

Arrivons à la clinique.

Les résultats annoncés par André Broca visaient les points suivants :

- a) Prévision d'une éruption avant que l'œil ne la révèle.
- b) Révélation des traces d'une éruption antérieure.
- c) Révélation d'une éruption fruste.

Le premier et le troisième point peuvent être avantageusement réunis et autorisent le même ordre de considérations. Bien avant que notre œil les perçoive avec netteté, les éléments de la roséole sont distingués grâce au lorgnon bleu, taches estompées, marbrures ou papules sautent aux yeux pour ainsi dire et enlèvent toute espèce de doute. Le résultat n'est pas à dédaigner quand il s'agit d'un traitement à établir le plus hâtivement possible ou d'un diagnostic à confirmer.

A ce dernier point de vue, on pourrait presque dire qu'il n'y a plus d'éruption fruste. Les teintes ombrées ou pénombrées prennent un valeur décisive, et comme, dans nombre de cas, la manifestation secondaire se borne là, c'est un témoignage d'une grande importance. On a insisté dans ces derniers temps sur la proportion relativement considérable de syphilis qui spontanément, sans l'intervention d'aucune médication, s'arrêtent net après le chancre, sauf à reparaître au bout de plusieurs années sous forme d'accidents tardifs ; je suis loin de nier ces faits, mais il est permis de penser qu'ils seraient réduits à de rares exceptions, si l'examen des téguments était poussé plus avant comme nous pouvons le faire à l'aide du verre bleu. En procédant ainsi, en répétant les observations tous les jours sur les malades mis à nu, et en recommençant pendant des semaines, on perçoit des nuances si légères que l'on entrevoit tout un ordre nouveau de faits à étudier, c'est ce que nous appelons à Saint-Lazare les roséoles à

verre bleu. On hésite, on tâtonne, on discute, puis l'apparence indécise disparaît, confirmant ainsi la réalité de ce qui fut une dermatose. Répétons-le donc avec André Broca, le bon sens indique que lorsqu'une tache apparaît sur la peau, le point où elle doit naître est, depuis quelque temps déjà, le siège d'une altération quelconque, que lorsqu'une tache éruptive disparaît, le processus morbide n'est pas interrompu juste au moment où l'œil cesse d'en percevoir les traces; nous sommes sans aucune donnée précise sur toute cette évolution invisible mais certaine, et ce n'est pas une utopie de chercher dans les procédés si délicats que l'optique met à notre disposition les moyens de la révéler.

L'intérêt de ces recherches est plus frappant encore, quand on les applique à l'étude des éruptions périmées, ou considérées comme telles. Après une durée variable, des semaines ou des mois, un exanthème a disparu, mais nous savons que le système vasculaire reste longtemps avant de récupérer l'intégrité de son fonctionnement; les tuniques des artéries malpighiennes ont gardé de l'infiltration néoplasique une tendance durable à se laisser distendre sous l'influence de causes banales; les variations de température, un refroidissement, un bain chaud, les syphilitiques le savent bien, font reparaitre tout d'un coup, pour quelques instants, le spectre des vieilles roséoles. Il persiste donc des altérations dont notre œil, moyen grossier et infidèle, est incapable de se rendre compte. Le lorgnon bleu vient l'y aider. Grâce à lui nous allons pouvoir retrouver pendant de longs mois la signature diathésique sur le tégument. Peau tachetée, maculée, truite, marbrée, autant de variétés de ce que l'on peut appeler la peau *imprégnée* et qui attestent la persistance des lésions essentielles. C'est autour des aisselles, au niveau des saillies scapulaires, et vaguement disposées suivant le dessin des côtes en longues lignes obliques, ou bien sur les flancs et autour de l'ombilic que s'attardent le plus longtemps ces stigmates. C'est en les suivant au jour le jour à la suite des éruptions dûment reconnues, alors que la filiation étant certaine, l'œil sait où les retrouver et à quelle origine les rapporter, que l'on apprend à les dépister dans les cas examinés à l'improviste et sans données sur les antécédents.

Si dans les premiers ils servent très utilement à la cure, en montrant quand il est urgent de la poursuivre, quand on est autorisé à la suspendre, ils constituent dans les derniers les éléments les plus importants et parfois les raisons déterminantes du diagnostic. Je pourrais citer nombre de cas, dans lesquels la révélation d'une peau *imprégnée* m'a conduit rétrospectivement à l'affirmation d'infections ignorées silencieuses et que l'on aurait tort de considérer comme frustes. J'estime que les syphilides effacées sont le plus souvent reconnaissables

au bout de six mois, et j'en sais que le verre bleu m'a permis de discerner après un an et plus. Pour mieux dire, l'atteinte virulente nous est révélée comme très tenace sur le tégument, et bien souvent de prétendues récidives, de nouvelles poussées, ne sont que l'excitation d'éléments depuis longtemps en stagnation. Par là s'éclaire la latence des germes virulents, et je ne saurais mieux comparer ce phénomène qu'à la chronicité des gouttes militaires incessamment à la merci d'un réveil par gonococcisme latent.

L'observation avec le verre bleu offre naturellement beaucoup moins d'intérêt au cours de la syphilis tertiaire; je rapporterai cependant un fait relaté dans la thèse de Broca et qui me semble très significatif, chez un homme ayant eu un chancre six ans auparavant, d'une lésion mal définie sur l'avant-bras droit, cicatrisée depuis 18 mois. L'auteur distingue au moyen du verre coloré une tache en forme de croissant avec deux renflements aux extrémités. Pour en avoir confirmation il en fait le dessin en supprimant un des renflements, mais le malade le rectifie de lui-même, attestant ainsi sa véracité et l'exactitude de l'observation.

En terminant, j'ajouterai que la vision des cicatrices légères est également perfectionnée par le verre coloré. Le fait n'a rien de surprenant, il y a la même différence optique entre une cicatrice et la peau congestionnée. Au point de vue des diagnostics posthumes et des examens médico-légaux, la connaissance du procédé sur lequel je viens d'appeler l'attention ne saurait donc être sans valeur.

Malformation monstrueuse du crâne chez une hérédo-syphilitique d'origine paternelle. Aplatissement et atrophie des circonvolutions psycho-motrices par compression osseuse. Syndactylie des doigts.

Par MM. PAUL GASTOU et EDMOND FOURNIER.

Les coupes de la tête et du crâne montrées à la Société ont été obtenues par congélation, et proviennent d'une enfant hérédo-syphilitique d'origine paternelle, née dans le service de M. le Dr Maygrier, de mère saine, délivrée au forceps, et morte dans le service de M. le Dr Fournier, il y a deux jours, de broncho-pneumonie.

L'observation clinique complète de ce cas figure dans la thèse de M. le Dr Edmond Fournier sur les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

A cette observation est jointe une photographie qui montre que le sujet était porteur d'une tumeur frontale volumineuse, dure, formant une proéminence « en forme de cimier de casque ».

Cette proéminence était due, pensait-on, à une méningocèle frontale; l'examen radiographique n'ayant pu être fait.

Or, les coupes nous montrent qu'il ne s'agit pas d'une méningo-

cèle, mais bien d'une malformation spéciale des os du crâne, des frontaux surtout et de la partie antérieure des pariétaux.

Il y a eu aplatissement de la partie antérieure des os du front comme si cette partie avait été serrée entre les mors d'une pince et fortement comprimée.

De la malformation osseuse est résultée l'atrophie des zones psychomotrices et la forme du cerveau.

Cette malformation osseuse est congénitale, imputable à l'hérédité paternelle. On peut supposer que cette hérédité paternelle a été la cause de l'hydramnios qui existait chez la mère et que cette hydramnios a pu provoquer la malformation à la production de laquelle le forceps est tout à fait étranger.

L'observation et l'autopsie complète seront publiées ensemble ultérieurement dans tous leurs détails.

Sur un cas d'ulcérations tropho-névrotiques liées à un œdème bleu chez un hystérique.

Par MM. HALLOPEAU et CONSTENSOU.

Nous n'avons qu'exceptionnellement, à Saint-Louis, l'occasion d'observer des troubles trophiques d'origine hystérique. Ceux que nous avons constatés chez le jeune homme que nous avons l'honneur de vous présenter se sont produits dans des conditions qui n'ont pas encore, à notre connaissance, été signalées. C'est surtout à ce point de vue que nous nous permettons d'attirer sur lui l'attention de la Société.

Le nommé Gaston D..., âgé de 25 ans, est entré le 2 janvier 1899 dans notre service pour deux ulcérations siégeant au membre supérieur gauche, l'une au niveau du coude, l'autre à la face postérieure de l'avant-bras.

L'affection, d'après les renseignements fournis par le malade, aurait débuté vers le 15 décembre 1898. A cette date, le sujet, qui exerçait la profession de mécanicien, s'aperçut, un matin, au réveil, de la présence, au niveau du coude gauche, d'une croûte recouvrant une petite plaie large à peu près comme une lentille. C'était la première fois qu'il en constatait l'existence et il ne saurait dire si, dans les jours précédents, une papule ou toute autre modification locale avait marqué le début de la lésion. En tout cas, il affirme, de la façon la plus catégorique, que, à cette date, ni son coude, ni son bras, n'avaient été le siège d'un traumatisme ni d'une autre altération.

En même temps que cette ulcération, le malade constatait que l'avant-bras et le bras du même côté étaient le siège d'un œdème bleuâtre et livide, s'accompagnant de parésie de tout le membre. La gêne des mouvements était d'ailleurs assez accentuée pour lui interdire tout travail. Il demeura donc chez lui, se contentant d'immobiliser le membre malade et espérant que les accidents allaient rapidement disparaître.

Mais, au contraire, il vit bientôt l'œdème bleu augmenter avec, il est vrai, des alternatives d'amélioration et d'aggravation tout à fait irrégulières. La parésie persistait sans modifications appréciables. Quant à l'ulcération du coude, elle gagnait lentement en étendue, suivant une progression excentrique ; sa partie centrale devenait plus profonde. Enfin, quatre ou cinq jours après, il vit apparaître une seconde ulcération dont il put mieux observer le début.

A son niveau, c'est-à-dire à la face postérieure de l'avant-bras du côté du bord cubital et à distance égale du poignet et du coude, il avait, depuis deux ou trois jours, constaté la présence d'une tache d'abord violacée, puis brunâtre, tranchant par sa coloration et aussi par sa consistance sur les parties avoisinantes. C'est le centre de cette tache qu'il a vu se sphaceler, montrant bientôt une petite ulcération, laquelle, dans la suite, a gagné en étendue comme avait fait l'ulcération du coude.

Cet état de choses ayant persisté sans aucune amélioration, le malade, avons-nous dit, s'est décidé à venir se présenter le 2 janvier 1899 à notre consultation externe. A cette date l'état local est le suivant :

La main, l'avant-bras et le bras sont le siège d'une altération caractérisée par l'existence d'un œdème variable d'un jour à l'autre par son intensité, indolent, sans réaction inflammatoire, n'ayant succédé à aucun traumatisme local, de coloration variant suivant les moments du brun au violet et au bleu et qu'on ne peut considérer que comme de l'œdème bleu des hystériques. De plus, on constate deux ulcérasions dont nous avons déjà précisé le siège : la première, c'est-à-dire celle du coude, est arrondie et présente environ 2 centimètres et demi à 3 centimètres de diamètre ; en outre, sa partie centrale est un peu plus profonde que le reste de la surface ; la deuxième, celle de l'avant-bras, est allongée suivant l'axe du membre, longue de 3 centimètres et demi environ sur 2 centimètres de largeur.

L'une et l'autre ont des bords réguliers, non déchiquetés et ne surplombant pas le fond. Celui-ci est du rouge rosé des bourgeons charnus, sans trace de pus, ni d'escharre.

Si on procède à l'interrogation du malade, on obtient des renseignements intéressants :

Fils d'une névropathe, il a toujours présenté lui-même les signes d'une tare nerveuse. Dès l'enfance, on pouvait remarquer chez lui une émotivité, une susceptibilité de caractère, et une irrégularité caractéristiques ; jamais néanmoins il n'a eu de crises convulsives.

Cette prédisposition naturelle aux manifestations névropathiques a été encore augmentée par des habitudes d'éthyisme qu'il contracta vers l'âge de 18 ans ; il avoue en effet que, pendant 2 ou 3 ans, il a bu quotidiennement de grandes quantités d'eau-de-vie.

Il travaillait alors à Nancy, dans une raffinerie de pétrole ; en 1893, à la suite d'un commencement d'asphyxie, il perdit connaissance et lorsqu'il revint à lui, dans le service de M. Bernheim, où on l'avait transporté, il présentait une hémiplégie gauche avec anesthésie complète du même côté. Cet accident ne disparut qu'au bout de trois mois, à la suite d'un traitement par l'électricité, le bromure et la suggestion combinés.

En mai 1897, la main gauche fut le siège d'un phlegmon consécutif à une blessure du médius, survenue dans l'exercice de son métier de mécanicien ; il fut alors traité à l'hôpital Bichat, dans le service du Dr Terrier.

Pendant une année, sa santé générale fut assez satisfaisante, mais, pendant l'été de 1898, il se mit à tousser, et cette toux, qui n'a jamais cessé depuis lors, s'est accompagnée successivement d'expectoration, d'amaigrissement, de perte des forces et de sueurs nocturnes. A l'auscultation, on constate l'existence d'une bronchite généralisée avec prédominance aux sommets, très probablement de nature bacillaire. Ajoutons que notre malade présente des stigmates évidents d'hystérie : hémianesthésie gauche pour tous les modes de sensibilité, s'étendant à toute cette moitié du corps sauf la jambe et le pied, diminution de la sensibilité sensorielle pour l'ouïe et la vue du même côté, perte du réflexe pharyngien. On remarque aussi un tremblement à petites oscillations se montrant parfois à la main droite à l'occasion des mouvements volontaires.

Enfin, la recherche des signes physiques de dégénérescence donne quelques résultats : les oreilles sont mal ourlées, leur lobule est adhérent, la face est asymétrique.

En résumé, si l'on tient compte des antécédents du malade, du mode de début brusque de l'affection, de l'absence de traumatisme ou d'antécédents locaux, de l'absence de signes de syphilis ou de lésion organique du système nerveux, de la concomitance d'œdème bleu, et surtout des caractères objectifs des ulcérasions, on élimine successivement les diagnostics d'ulcérasions tuberculeuses, de gomme-syphilitiques, de maux perforants et l'on arrive à cette conclusion que l'on ne peut considérer ces lésions que comme des *troubles trophiques d'origine hystérique, liés à l'œdème bleu*.

Cette observation nous a paru intéressante à publier parce que, si l'existence de troubles trophiques cutanés chez les hystériques est bien établie, c'est là cependant un accident assez rare et sur lequel il y a lieu d'attirer l'attention ; de plus, dans la plupart des observations de ce genre, la lésion consistait surtout en des éruptions vésiculeuses auxquelles parfois succédaient des ulcérasions ou des escharas ; or, elle paraît ici avoir affecté, à peu près dès le début, la forme gangrénouse et ulcéreuse sans passer par le stade de vésicule ; enfin, c'est la première fois qu'une ulcération a été l'aboutissant d'un œdème bleu. Il semble bien que, chez notre malade, les altérations de la nutrition cutanée aient été provoquées par les troubles de l'innervation motrice qui sont la cause prochaine de cet œdème, comme il arrive dans la maladie de Raynaud, et non par une intervention directe des nerfs trophiques.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions qui résultent de ce travail :

1^o *L'œdème bleu des hystériques peut se compliquer de lésions gangrénouses et ulcéreuses ;*

2^e Il se rapproche à cet égard de la maladie de Raynaud; il s'en distingue par l'absence de localisations aux extrémités et d'escharres persistantes;

3^e Ces ulcérations diffèrent essentiellement, par leurs caractères, de celles de la tuberculose et de la syphilis;

4^e Elles reconnaissent pour cause prochaine un trouble dans l'innervation vaso-motrice.

Un cas d'éruption professionnelle.

Par M. H. CATHELINÉAU.

Le nommé J. L... entrat dans le service de M. le professeur Fournier le 7 janvier dernier, présentant les accidents suivants:

Face. — Au niveau des bosses frontales, deux placards érythémato-papuleux, l'un du diamètre d'une pièce de 5 francs, l'autre de celui d'une pièce de 2 francs, recouverts de squames de couleur rouge pâle; la peau est épaisse, rugueuse au toucher, les placards ont des bords mal définis, irréguliers, séparés l'un de l'autre par une vaste étendue de peau saine. Autour de ces placards, quelques îlots érythémato-papuleux discrets. Rien dans le cuir chevelu.

Aux sourcils, quelques plaques de même nature, petites, disséminées çà et là, s'accompagnant d'une légère desquamation.

Le pourtour des yeux est relativement peu intéressé, la peau était rouge, pityriasisiforme.

Aux oreilles, léger suintement, gonflement et croûtelles fissurées sanguinolentes.

Sur les *joues* on apercevait quelques placards érythémato-papuleux; les lèvres étaient respectées; au menton, dans les poils de la barbe, quelques îlots éruptifs et des squames.

Au *cou*, sur la face antérieure se présentait un érythème turgide squameux, non suintant, consistant en un large placard à contours irréguliers, à bords mal définis, d'aspect lichénoïde, de couleur rouge cuivreux, entouré de placards de moindre dimension mais de même caractère et dont l'étenue allait en diminuant pour former sur les parties latérales du cou comme un semis de petites taches érythémato-papuleuses au milieu de la peau saine allant se relier à la face postérieure du cou avec des taches de même nature mais plus étendues, groupées autour de quelques placards plus importants.

Par places, quelques vésicules très petites, laissant sourdre à la pression une gouttelette d'un liquide épais blanc jaunâtre.

Se reliant aux éléments éruptifs du cou, on voyait au niveau de la région sternale, et se superposant pour ainsi dire au sternum, une longue traînée érythémateuse à bords mal définis, à contours irréguliers, de couleur rouge cuivreux, ne disparaissant sous la pression du doigt que pour laisser apparaître une teinte bronzée. Les placards érythémateux résultant de la confluence de papules d'aspect lichénoïde, la plupart re-

couvertes de squames, ce qui donnait à l'ensemble de l'éruption un aspect érythémato-squameux.

Sur certaines parties de ces placards, des croûtelles, des excoriations dont les unes sont à nu, les autres recouvertes de croûtes.

La *région axillaire* ne présentait que quelques points éruptifs formant comme un semis de papules rosées disposées sans ordre, de diamètre variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille, avec de larges intervalles de peau saine. Ça et là quelques éléments squameux.

La base du placard siégeant dans la région du sternum s'élargissait pour s'étendre en nappe au niveau des seins.

Ici l'erythème présentait une couleur rouge moins foncée que sur le cou et au sternum et un aspect un peu différent.

La aussi, la peau est épaisse, mais les papules moins confluentes, irrégulièrement disposées par groupes, présentaient un ton plus vif, tranchant sur le fond un peu terne de l'éruption.

L'erythème s'éteignait progressivement en descendant vers l'ombilic, quelques flots érythémato-papuleux d'un diamètre décroissant à mesure qu'on se rapprochait de la ceinture, tranchaient par leur couleur sur la peau restée saine.

Sur le *bas-ventre*, immédiatement au-dessus du pubis, on notait quelques placards de papules confluentes à bords bien limités, de forme circulaire, d'un ton rouge cuivreux tranchant sur le fond blanchâtre de la peau restée saine.

Leur diamètre allait de celui d'une pièce de 0 fr. 50 à celui d'une lentille.

La *verge* et le *scrotum* présentaient une teinte érythémateuse foncée et un certain gonflement.

La *région inguinale*, la face antérieure des *cuisse*s présentaient ça et là quelques éléments papuleux disséminés, puis l'éruption devenait brusquement confluente sur la face interne des deux cuisses, se montrant sous forme de larges placards érythémato-papuleux, sans intervalles de peau saine, bordés cependant ça et là de placards plus petits, avec croûtelles, excoriations et suintement impétigineux.

Les *genoux* étaient en partie respectés et ne présentaient que de petits éléments éruptifs.

Sur les *jambes* se montrait une rougeur diffuse avec quelques éléments papuleux.

L'éruption s'arrêtait juste au niveau où les chaussures du malade s'appliquaient sur les membres.

Sur la face postérieure des jambes, des cuisses, quelques éléments papuleux.

Au niveau du *sacrum*, la peau épaisse présentait une large plaque érythémato-papuleuse de la grandeur de la paume de la main, entourée de quelques petits placards éruptifs de même nature, puis l'éruption allait diminuant d'intensité et d'étendue, remontant le long de la colonne vertébrale jusqu'au milieu du dos qui était à peu près respecté.

Sur les *épaules* quelques éléments éruptifs disséminés.

Sur les membres supérieurs, depuis les deux tiers inférieurs jusqu'aux poignets et sur leur face antérieure un long placard érythémato-papuleux

confluent. La peau était épaissie, rouge vif, rouge foncé, rouge cuivreux, avec quelques rares intervalles de peau saine se rencontrant principalement au niveau du pli du coude. L'aspect en était croûteux, papulo-vésiculeux par places ; on y rencontrait des squames furfuracées ou sanguinolentes.

La peau était épaissie et rugueuse et sa coloration ne disparaissait pas sous la pression du doigt.

Aux *poignets* et symétriquement on voyait des placards d'un relief assez considérable, à bords bien limités, à contours arrondis, recouverts de croûtelles, d'excoriations et même d'érosions dont les unes étaient à nu et suintantes, les autres recouvertes de croûtes épaisses donnant à l'éruption un aspect impétigineux.

Rien sur la face palmaire des mains.

La face dorsale présentait des placards de diverses étendues dont l'aspect rappelait celui des poignets : là et là quelques éléments papuleux isolés ou confluents mais de peu d'étendue ; de même sur la face dorsale des doigts.

Les ongles étaient colorés en jaune.

Pas de fièvre, bonne santé générale.

Le malade raconte qu'il est entré dans une capsulerie le 22 novembre de l'année dernière et qu'il a dû en sortir le 2 décembre.

À cette époque il avait les paupières et les organes génitaux œdématisés, la face enflée, des bourdonnements d'oreille, des saignements de nez, du prurit sur toutes les parties du corps, et quelques taches sur le corps, taches d'abord disséminées ayant envahi le reste du corps.

Les poussées auraient été successives.

Il a remarqué en outre que vers cette époque et jusque vers le milieu de décembre, ses urines avaient une couleur rouge foncé.

Dans cette capsulerie le malade était occupé à comprimer dans des douilles en cuivre des substances explosives et à nettoyer des appareils de compression.

Ces substances explosives sont l'acide picrique d'une part, le fulminate de mercure d'autre part.

Le chargement des douilles s'effectue en trois temps : remplissage des douilles par une première ouvrière d'une certaine quantité d'acide picrique, puis addition de fulminate de mercure par une deuxième ouvrière, enfin compression mécanique du mélange au moyen d'un appareil spécial par un ouvrier.

Au cours de ces manipulations, l'atelier se remplit de poussières acres, prenant à la gorge, dit le malade ; les tables sur lesquelles s'effectuent ces manipulations sont ou jaunes ou noires, suivant qu'elles servent pour l'acide picrique ou le fulminate de mercure ; dans l'appareil compresseur il y a toujours un mélange de poussières de ces deux substances répandues au cours de la fabrication.

En dehors des précautions minutieuses prises dans les capsuleries pour éviter les chances d'explosion, les ouvriers y sont astreints à certaines pratiques hygiéniques qui rendent très rares les cas comme celui-ci.

Ce serait le premier qui se serait produit avec autant d'intensité ; on

constate parfois quelques phénomènes éruptifs aux mains des ouvriers employés à ces diverses manipulations, mais lorsqu'ils se produisent les ouvriers sont changés d'atelier et employés à d'autres travaux.

Dans le cas présent est-ce l'acide picrique, est-ce le fulminate de mercure qu'il faut incriminer ?

L'analyse des urines a été négative pour l'un ou l'autre produit ; au moment de l'analyse faite, il y a deux jours, elles étaient normales.

A signaler cependant que l'urine du malade a présenté pendant quelque temps une coloration rouge qui l'a frappé, ce qui inciterait à croire que l'acide picrique a eu une grande part sinon toute dans les accidents qui se sont produits.

Deux cas de phlébite syphilitique secondaire.

Par MM. FOURNIER et LOEPER.

Les cas de phlébite syphilitique secondaire ne sont pas à l'heure actuelle encore très nombreux, ou du moins la revue de Mendel n'en contient que neuf absolument authentiques.

Nous avons eu l'occasion d'en observer tout dernièrement deux beaux exemples dont voici les observations résumées sur lesquelles nous nous réservons de revenir ultérieurement plus en détail.

Le premier cas a trait à un homme de 40 ans qui contracta la syphilis en septembre 1898, et qui se présenta dans le service avec les phénomènes suivants : Éruption papuleuse discrète sur le tronc et les membres d'une part et d'autre part tuméfaction allongée, siégeant à la partie interne de la cuisse gauche.

Les caractères de l'éruption n'étaient point douteux : c'était une syphilitide secondaire typique ; d'ailleurs il y avait encore sur le dos de la verge, la cicatrice indurée du chancre.

Au niveau de la cuisse, la peau était très légèrement rosée : à la palpation on percevait un empâtement limité, un cordon moyennement dur de 10 centimètres de long sur 1 centimètre de large sur le trajet même de la veine saphène interne. Cet empâtement, fort peu douloureux à la pression, se continuait sous la forme d'un cordon gros comme un crayon environ, en haut, jusqu'à 4 centimètres de l'arcade crurale, en bas jusqu'à la maléole interne où il était plus nettement perceptible qu'à la jambe.

L'idée d'une inflammation de la veine saphène interne venait forcément à l'esprit. Les phénomènes généraux étaient nuls, les phénomènes fonctionnels également ; point d'œdème, de circulation collatérale. La lésion n'atteignait donc très probablement pas les veines profondes, de plus elle devait être plutôt de la périphlébite que de la phlébite vraie.

L'apparition de ce cordon avait précédé de deux jours l'apparition des taches papuleuses, fait que Mendel signale dans son mémoire.

Le lendemain de notre examen, la veine saphène interne tout entière

avait l'aspect d'une grosse ficelle tendue, peu douloureuse. Elle était dure, mais non déformée.

Deux jours après, tandis que la lésion précédente évoluait, la saphène externe se prit à son tour à la jambe gauche, puis à la jambe droite. Enfin la saphène interne du côté droit devint grosse et dure comme un canal déferent.

En palpant le pli du coude de notre malade, nous percevions nettement les mêmes lésions sur la médiane céphalique, sur la radiale superficielle surtout du côté droit. La première présentait trois petites bosselures grosses comme une lentille.

Toutes ces lésions évoluaient sans fièvre, sans troubles circulatoires, sans lésion du tissu cellulaire périveineux, sans réaction phlegmasique ni douloureuse.

Le traitement fut institué, 4 gr. d'iodure de potassium, 2 pilules de proto-iodure et en 6 jours la lésion première, le cordon de la cuisse disparut ; mais les veines restèrent dures encore une quinzaine de jours, actuellement encore la saphène externe est plus dure que normalement.

Voici maintenant la seconde observation :

Le nommé D..., âgé de 22 ans, est entré pour des syphilides palmaires et plantaires absolument typiques et datant de cinq semaines.

Il se plaint depuis 4 jours de faiblesse des membres inférieurs, et surtout d'une tuméfaction siégeant au niveau de la naissance du tendon d'Achille des deux côtés. En ce point il existe en effet deux nodules, gros comme un petit œuf de pigeon, empâtés et moyennement durs et douloureux. Ce nodule siège sur le trajet de la saphène externe, ses extrémités se continuent par un cordon, une ficelle, double jusqu'au creux poplité, unique jusqu'à la malléole externe. La saphène interne, visible comme une petite corde sous la peau, est également prise dans toute son étendue et très dure. Sur certains points on perçoit de légères nouures peut-être dues aux valvules des veines.

Trois jours après notre examen, les veines radiales superficielles, médianes superficielles, céphaliques se prirent dans les mêmes proportions sur les deux membres supérieurs, et la tégumenteuse abdominale même du côté gauche était injectée.

En aucun point il n'existe de douleur, d'œdème ou de circulation collatérale, une simple sensibilité un peu plus nette que normalement quand on roule la veine entre les doigts.

Le traitement spécifique mixte fut institué et trois semaines après son entrée à l'hôpital notre malade ne présentait plus qu'une flexibilité un peu moindre de sa saphène interne gauche.

Ces deux cas sont suffisamment typiques pour qu'en les joignant à ceux de Gosselin, Mauriac, Fournier et Mendel on puisse résumer en quelques points les caractères principaux de ces phlébites secondaires.

Pérophlébite, comme le pense d'ailleurs M. Besnier, plutôt que phlébite vraie, lésion des veines superficielles des membres et

très probablement de ces veines seules; de plus, lésion aphlegmatische apyrétique, peu ou point douloureuse, absence de troubles circulatoires constante, bénignité des lésions et en dernier lieu symétrie habituelle avec généralisation à toutes les veines superficielles atteintes à des degrés divers et début par les membres inférieurs. Nous reprendrons ces caractères ultérieurement en joignant à ces deux observations d'autres nouveaux cas de lésions veineuses des membres au cours de la période secondaire, lésions qui, vu leur latence, sont très probablement plus fréquentes qu'on ne le pense.

Un cas de frottement sous-scapulaire d'origine syphilitique.

Par MM. CH. AUDRY et FÉRÉ.

Voici une observation d'une affection rare, mais assez bien connue des chirurgiens. Elle mérite cependant d'être publiée, parce que la syphilis ne figure guère parmi les causes qu'on lui attribue. D'autre part, nous pensons que peu de syphiligraphies connaissent ce méfait possible de la vérole.

Paulin C..., chiffonnier, âgé de 50 ans, s'est présenté déjà antérieurement plusieurs fois à la consultation de la Clinique. Il y entre le 8 décembre 1898.

Antécédents héréditaires inconnus. Personnellement, il a eu de nombreuses blennorrhagies (5 ou 6) dont la dernière remonte à 1887. Il avait contracté la syphilis en 1880, et la traita pendant quelques mois par le protoiodure de mercure. Puis il eut des plaques muqueuses dans la bouche et reprit alors un peu de mercure.

En 1894, il présenta deux syphilides ulcérées étendues et superficielles dont on retrouve facilement les cicatrices caractéristiques sur la face supéro-interne du bras droit, et sur la face antéro-interne de la cuisse gauche. La première offre à peu près les dimensions d'une carte à jouer, et l'autre est plus étendue du double.

C'est en 1897 que paraît avoir débuté le frottement sous-scapulaire. Le malade commença à éprouver de la gêne dans les mouvements du bras droit. Ces mouvements provoquaient de la douleur au niveau du bord spinal de l'omoplate du même côté; plus tard, à une époque qu'il ne peut déterminer, le malade a perçu lui-même les craquements.

Actuellement : pas de symptômes subjectifs; ni douleurs, ni gêne dans les mouvements. Il faut dire que le malade vient de prendre à plusieurs reprises d'assez fortes doses d'iodure de potassium. S'il est entré à la clinique, c'est à cause de douleurs lombaires qui n'ont pas été améliorées par ce traitement et qui ne paraissent ressortir à aucune lésion appréciable : disons dès maintenant qu'il n'existe aucun accident du côté du système nerveux.

A l'inspection du malade tenu debout, le bras pendant le long du corps, on voit que l'épaule droite est un peu rehaussée; ce qui est d'ailleurs contraire aux constatations habituelles, puisque le bord spinal de l'omo-

plate est éloigné de la paroi thoracique. Il n'y a pas de déformation apparente du scapulum, pas d'atrophie musculaire. La palpation fait sentir une sorte d'empâtement dur à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse. Si on fait mouvoir le bras, on perçoit facilement au niveau de l'omoplate un frottement dur, rugueux, caractéristique. Ce frottement a certainement diminué d'intensité depuis que le malade a pris le traitement spécifique ; on l'entendait très bien à distance ; maintenant, il faut le toucher pour le sentir. Pendant le déplacement de l'omoplate, on perçoit comme un ressaut.

En examinant soigneusement le malade, on voit qu'outre une déviation rachitique légère des tibias et des fémurs remontant à la basse enfance, il existe une hyperostose de toute la clavicule droite dont l'extrémité interne est subluxée ; les crêtes iliaques sont plus grosses que normalement et irrégulièrement rugueuses.

Le malade, pendant un séjour de quinze jours à la clinique, fit des frictions mercurielles et prit de 8 à 10 grammes d'iodure de potassium par jour. On pulvérisa du chlorure de méthyle sur la zone lombaire. Il sortit assez sensiblement amélioré, mais non guéri. Le frottement sous-scapulaire était à peu près aussi intense que lors de son entrée.

Il paraît extrêmement difficile d'attribuer la production de cet accident singulier à une cause autre que l'existence d'une hyperostose syphilitique de la face profonde de l'omoplate. Le fait d'une syphilis mal traitée, les cicatrices de tertiarisme, la constatation d'autres hyperostoses, en particulier sur la clavicule, plaident énergiquement en faveur de cette manière de voir. Il n'y a pas à s'étonner que le traitement spécifique n'ait pas réussi à dissiper de vieilles stalactites dont la première apparition remonte à 11 années et qui ont eu largement le temps d'arriver à une éburnation rebelle à toute espèce de guérison.

Sur un fibrome de la peau.

(*Note complémentaire.*)

Par M. AUDRY.

Dans la séance du 9 juin 1898 de la Société, nous avons fait connaître l'observation d'une fillette de 12 ans qui présentait un fibrome sous-cutané du creux poplité. Il fut enlevé par énucléation. On trouva la tumeur constituée par du tissu fibreux pur adulte au centre, offrant à la périphérie des signes d'activité histologique anormale, et en particulier quelques cellules géantes.

En décembre 1898, nous revîmes l'enfant. La cicatrice, large et blanche, était saillante et un peu douloureuse ; à un examen superficiel on eût dit une chéloïde ; en y regardant de plus près, on voyait que la cicatrice elle-même était souple, mais soulevée par une série linéaire de petits grains sous-cutanés, durs, dont le plus gros atteignait le volume d'une lentille. En réalité, le fibrome avait récidivé. M. le Dr Jeannet extirpa largement et nous remit la totalité de la lésion.

Macroscopiquement, nous vîmes facilement qu'il existait en effet au-dessous de l'épiderme une série de trois ou quatre petits nodules sphériques, baignés dans le tissu cellulaire sous-cutané dont il était impossible de les dissocier.

Il y avait un grand intérêt à rechercher si ces nodules de récidives étaient toujours de structure fibromateuse ou s'il s'agissait d'une néoplasie sarcomateuse. La présence des cellules géantes dans la tumeur initiale n'était pas sans imposer quelques réserves.

Les pièces furent fixées par l'alcool ou par le Müller, incluses et colorées par la série des colorants habituels (hématine, bleu polychrome, picro-carmin de Ranzier, orceine, etc.).

Rien à noter du côté de l'épiderme : bien entendu, au niveau de la cicatrice, il est presque planiforme, à peine ondulé, tandis que les papilles ont leur développement normal au voisinage. De loin en loin quelques traînées horizontales de lymphocytes ne peuvent être considérées comme suffisantes pour dénoncer un état inflammatoire.

Immédiatement au-dessous de l'épithélium, on voit du tissu conjonctif, fortement condensé en bandes horizontales. Dans ce tissu conjonctif, un peu au-dessous, on voit un grand nombre de lobules de tissu fibreux, complètement adulte, extrêmement denses, dont les éléments s'entrecroisent dans des directions très variées, chaque lobule étant dessiné et déterminé par l'orientation des fibres qui le constituent.

Plus profondément encore, l'ensemble se colore d'une teinte diffuse jaunâtre par le picro-carmin. C'est encore du fibrome adulte où serpentent d'assez nombreux vaisseaux à parois très épaisses, facilement isolables.

Enfin, dans les plans qui arrivent au contact du tissu adipeux, le tissu fibreux offre les caractères d'une altération beaucoup plus jeune, encore active et végétante.

Les cellules sont beaucoup moins serrées, moins tassées. Les noyaux sont plus gros et plus apparents, fortement colorés, opaques après l'action des réactifs. Ça et là, on voit quelques gros blocs de protoplasme munis d'une masse chromatique unique mais parfois énorme. Nous n'avons pas pu voir des cellules multinucléées aussi nettes que celles de la tumeur initiale ; mais l'aspect général de cette zone de notre néoplasie est semblable à celui que l'on rencontrait dans la première.

Même dans cette partie, les vaisseaux conservent leur individualité et leur paroi est beaucoup plus épaisse qu'il n'est habituel.

Il existe quelques feuillets de tissu conjonctif normal au pourtour du fibrome qui ne se voit pas au contact immédiat de la graisse du tissu adipeux. Il n'y avait point de tissu élastique dans le fibrome.

En somme, on ne peut toujours pas prononcer le mot de sarcome ; c'est encore du fibrome actif et végétant par sa périphérie, adulte et définitif à la surface et au centre.

L'enucléation de la première tumeur a évidemment laissé des fragments suffisants pour servir de point de départ à des repullulations sur place. L'absence de véritable coque enveloppante, la diffusion relative de la fibrose ont été les causes de cette récidive.

Pratiquement, on fera bien d'extirper largement les fibromes de la peau que l'on pourrait avoir l'occasion, rare d'ailleurs, de rencontrer.

Observations de bouton des pays chauds à Alger.

Par M. J. BRAULT.

La communication de M. Gaucher dans la dernière séance me rappelle deux faits analogues que j'ai constatés à *Alger même* au cours de l'été. Cette présence du « clou » dans l'extrême nord de l'Algérie n'a rien qui puisse étonner (1), puisque la maladie existe aussi à Chypre, le Liban (2) et même dans le nord de l'Asie Mineure. Pendant les chaleurs de l'été, dans notre région nord, le bouton des pays chauds peut se rencontrer sous ses diverses formes, mais en particulier, sur les membres inférieurs, ce qui est un siège assez rare, puisque l'affection se rencontre d'habitude sur les parties découvertes. Il est vrai qu'en Afrique, ainsi que le fait remarquer M. Gaucher, le bouton se rencontre un peu plus souvent sur les membres.

Dans les deux cas auxquels je fais allusion, les lésions siégeaient aux membres inférieurs. Dans mon premier cas, il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années qui présentait plusieurs ulcérations typiques sur le mollet gauche ; je n'ai malheureusement pas pu suivre le sujet. Dans le second (3), il s'agissait au contraire d'une vieille femme dont je possède l'observation complète ; en voici le résumé :

Au mois d'octobre 1897, je fus appelé auprès d'une dame âgée, d'origine française, qui avait vu survenir, depuis quatre mois, plusieurs ulcérations sur le membre inférieur gauche.

Elle avait déjà essayé une foule de médicaments ; l'affection, je le répète, durait déjà depuis plus de quatre mois.

Les lésions avaient débuté à la face antéro-externe de la cuisse gauche, peu de jours après un *bain* pris dans un établissement d'Alger. La malade s'était essuyée, dit-elle, avec du linge un peu douteux (4).

Quelques semaines après la cuisse, d'autres manifestations identiques se produisaient à la face interne de la jambe gauche et dans la région de la gouttière calcanéenne sous la malléole interne.

Au début, la malade avait eu du prurit, des boutons qu'elle écorcha, dit-elle, et il survint des croûtes.

Il n'y a chez elle aucun antécédent, aucun accident spécifique ; elle a d'ailleurs été à tout hasard soumise à un traitement mixte très énergique et rien n'a fait.

L'aspect des lésions non symétriques très prurigineuses, douloureuses même (il s'agit d'une névropathie), est bien caractéristique.

(1) On sait même qu'elle s'est un moment acclimatée au camp de Sathonay, à la suite de la campagne de Tunisie (Boinet, Dépêche).

(2) Elle y a été importée par un soldat venant d'Alep (1880).

(3) Mes deux malades n'avaient pas quitté Alger.

(4) Elle aura plutôt été piquée par quelque moustique alors qu'elle était dévêtue.

Au moment où je vois la malade, elle se sert depuis longtemps déjà des pansements humides et nous sommes en pleine période dite d'ulcération.

Il existe deux ulcérasions à la cuisse, dont une est tout près de se cicatriser. Il en existe deux également à la face interne de la jambe et une seule sous-malléolaire. La plus petite a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, la plus grande le diamètre d'une pièce de deux francs.

Le fond des ulcères est gris jaunâtre, les bords un peu irréguliers sont épais, taillés à pic ; par places, sur les bords, il y a un commencement de cicatrisation alors que l'affection semble encore gagner par d'autres points. Sur le bourrelet rouge vineux périphérique on remarque de petits cratères surmontant des tubercules un peu plus gros que les satellites observés dans les lésions lupiques.

Il n'y a pas d'anesthésie autour des ulcérasions. Ces ulcères me rappellent en somme absolument, trait pour trait, ce que j'ai vu dans le clou de Biskra. Lorsque j'avais vu mon premier cas, j'avais hésité, mais ici les lésions étaient trop caractéristiques pour faire naître le même doute.

J'ai inoculé un cobaye à la cuisse, l'animal a présenté un abcès, puis une ulcération qui a duré environ deux semaines. Naturellement, dans ces ulcères ouverts depuis longtemps, la flore était des plus riches, il y avait plusieurs espèces de bacilles et des microcoques.

Je me suis très bien trouvé du traitement suivant : lavages avec des antiseptiques faibles, cautérisation avec glycérine iodée à parties égales et nitrate d'argent à 1/20. Les pansements ont été faits avec la pâte à l'oxyde de zinc mentholée.

En quatre semaines, ma malade était cicatrisée ; il est vrai que l'automne tirait à sa fin ; l'affection avait duré tout près de six mois. Appelé il y a peu de jours auprès de son mari, c'est-à-dire un an après, j'ai constaté dans tous les points des cicatrices indélébiles bien caractéristiques. La peau est blanche, amincie, lisse, à peine plissée et au centre l'on remarque une tache radiée de couleur brune.

L'affection doit être très rare dans l'extrême nord de l'Afrique ; depuis sept années que nous sommes en Algérie, ce sont les deux seuls cas que nous ayons rencontrés ici. L'affection semble moins sérieuse que dans le sud, où elle dure plus longtemps ; le moment de son apparition n'est pas tout à fait le même non plus, puisqu'elle paraît se présenter au fort de l'été et non en automne, comme c'est l'habitude en général dans les pays où règne l'endémie.

Je tiens à ajouter ici quelques réflexions à propos du « craw-craw ». Plusieurs auteurs, et la plupart des explorateurs, désignent sous le nom de craw-craw le bouton des pays chauds, si fréquent en dehors des foyers classiques, dans toute l'Afrique tropicale.

Mais le vrai craw-craw des nègres de la Côte-d'Or paraît plutôt une papulose filarienne (on sait que Manson la rapporte à la filaria perstans). Si l'on tient compte en outre des observations de Silva-Araujo et de Magalhaes au Brésil, de Nielly en Bretagne, l'on est obligé d'admettre qu'il y a là plusieurs papuloses dues aux hématodes et peut-être à d'autres parasites analogues.

En somme, il règne une grande obscurité sur ce que peut être au juste le *craw-craw*; c'est là d'ailleurs une de ces expressions vicieuses encore trop fréquentes en pathologie exotique qui cachent, sous une seule étiquette trop locale, tout un groupe d'affections.

Eczéma séborrhéique et injections de calomel.

Par M. J. BRAULT.

Précédemment, j'ai attiré l'attention de la Société sur l'action « marquée », mais malheureusement *peu durable* des injections de calomel dans le psoriasis.

Cette affection cutanée n'est pas la seule qui soit influencée par de semblables injections, le lupus, l'éléphantiasis même ont bénéficié aussi de la méthode; il y a quelques mois, je signalais que j'avais eu une « légère amélioration » dans un cas de lèpre tuberculeuse déjà très ancienne.

Aujourd'hui je tiens à signaler un tout petit fait du même genre :

Je traite en ce moment un homme d'une quarantaine d'années, atteint de syphilis tertiaire et qui ne présente plus depuis longtemps aucun accident cutané ou muqueux.

Ce sujet est en outre porteur d'un eczéma séborrhéique des plus typiques, au lieu d'élection, sur la poitrine. Il n'y a pas à s'y tromper, il ne s'agit pas, je le répète, de manifestations cutanées de syphilis. L'affection est prurigineuse, le centre des plaques irrégulières est brun jaunâtre, les contours sont d'un rouge plus vif, des squames graisseuses recouvrent d'ailleurs ces placards, ces sortes de médaillons. Je demande pardon, mais si j'insiste autant, c'est qu'il s'agit d'un syphilitique.

J'arrive au fait intéressant qui est celui-ci : toutes les fois que l'on fait à cet homme une série d'injections de sel insoluble (calomel), dès la deuxième injection les placards pâlissent et disparaissent pendant tout le reste de la durée du traitement. Ce n'est que plusieurs semaines après sa cessation que la lésion se reproduit à nouveau.

Voilà encore un fait qui montre que si le calomel parvient à « blanchir » certaines affections cutanées, il ne les « guérit » pas.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires :

MM. RICARD, JEAN BERNARD, BERNARD (de Bordeaux).

Membres correspondants :

MM. HARALAMB (de Bucharest), MUNRO (de Sydney).

Le secrétaire,

PAUL GASTOU.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Albuminuriques (Dermatoses).

Dermatoses liées à l'albuminurie. (Dermatoses albuminuricae), par L. MERK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 469.

Tandis que le diabète est une maladie cliniquement bien définie, par contre l'albuminurie n'est qu'un symptôme qu'on peut observer dans les maladies les plus différentes et par suite son interprétation devient plus difficile. Quand l'albuminurie a pris un caractère chronique — comme dans la néphrite chronique ainsi que dans les affections organiques du cœur insuffisamment compensées — on voit en général survenir certaines dermatoses, notamment : une espèce particulière d'eczéma, c'est-à-dire des symptômes eczémateux, du prurit, de l'urticaire, des érythèmes, de la furonculose.

L'eczéma albuminurique est un eczéma d'ordinaire très circonscrit, papuleux, chronique, survenant chez les personnes d'un âge avancé, fréquemment localisé aux jambes, plus rarement sur les autres régions du corps, très prurigineux et très rebelle à toute intervention thérapeutique, mais par contre pouvant guérir spontanément, en laissant des pigments.

Le prurit albuminurique est la dermatose qu'on observe le plus souvent dans l'albuminurie, surtout dans celle liée au mal de Bright. Elle est presque toujours généralisée ; elle ne se distingue en rien dans ses caractères extérieurs du prurit diabétique, du prurit gravidarum, du prurit ex digestione et d'autres variétés du prurit.

L'urticaire albuminurique est presque aussi fréquente que le prurit, notamment dans le mal de Bright, elle est en général le précurseur du prurit.

L'érythème albuminurique est beaucoup plus rare que les deux dermatoses précédentes.

En connexion naturelle avec les érythèmes, notamment avec les formes accompagnées d'hémorragie dans le tissu conjonctif sous-cutané, on pourrait encore ranger comme dermatose albuminurique le purpura rhumatisma. La coïncidence tiendrait à une cause beaucoup plus profonde ; la néphrite prend ici le caractère essentiel d'une maladie qui détermine des altérations de la peau. Quelques auteurs ont encore indiqué d'autres dermatoses qui auraient incontestablement un rapport avec la néphrite. Merk termine son travail par une étude critique détaillée sur les relations directes entre certaines dermatoses et les maladies des organes internes. A. DOYON.

Épidémique (Dermatite).

Deux cas de « Maladie de Savill » (dermatite épidémique) (Report of two cases of « Savill's disease » [Dermatitis epidemica]), par G. W. COLBY et J. M. WINFIELD. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, février 1898, p. 73.

OBS I. — H..., 40 ans, ayant beaucoup abusé du tabac et de l'alcool. La

maladie actuelle a débuté par une éruption papulo-vésiculeuse sur les articulations phalangiennes de la main gauche ; elle s'est étendue ensuite vers la racine du membre et a atteint l'épaule le 4^e jour ; le membre supérieur droit a été pris quelques jours après, puis les membres inférieurs ; la face et le tronc sont restés indemnes.

L'éruption ressemblait par places à un eczéma papulo-vésiculeux, ailleurs à une syphilide maculeuse. Dès le début, elle montrait une tendance marquée à la desquamation non seulement dans les régions atteintes par l'éruption, mais même dans les parties en apparence indemnes. La desquamation générale et très abondante s'accompagnait d'un prurit très vif et d'un léger épaississement de la peau. Il y avait en même temps du malaise, de la constipation, de l'anorexie, une légère élévation de la température : la langue était très chargée. La malade guérit en cinq semaines, mais il est resté une grande débilité nerveuse et une impuissance génitale complète.

Obs. II. — H..., de 20 ans, robuste. Début par une petite papule dans l'aiselle gauche avec douleur et démangeaison ; en même temps les deux mains présentent une éruption vésiculeuse qui débute sur les articulations phalangiennes et s'étend sur les avant-bras et les bras, puis sur tout le corps, à l'exception de la face et des jambes. L'éruption ressemblait par places à un eczéma papuleux, ailleurs à un pityriasis maculata et circinata (eczéma séborréique), ailleurs enfin à un érysipèle notamment aux bras qui étaient doublés de volume. Au bout de deux semaines, desquamation générale profuse atteignant même les parties respectées par l'éruption ; guérison en cinq semaines. Démangeaisons violentes ; soif intense ; langue très chargée ; constipation, appétit conservé, température un peu au-dessus de la normale. Après sa guérison, le malade est très affaibli avec des poussées d'urticaire géante.

A côté de ces deux cas sporadiques qui présentaient une grande ressemblance avec les cas de Savill, il faut remarquer qu'un grand nombre de cas analogues ont été observés dans le cours de l'hiver dernier, surtout dans les quartiers pauvres.

W. D.

Érythèmes.

L'érythème noueux au cours de la grippe, par PELON. *Presse médicale*, 10 septembre 1898, p. 146.

P. rapporte deux observations d'érythème noueux survenant, au cours d'épidémie de grippe, chez des sujets présentant depuis 5 à 6 jours des phénomènes généraux de grippe : céphalalgie, rachialgie, fièvre à début brusque. Au moment de l'apparition de l'éruption, reprise de la fièvre. Dans un des cas il se développa, 15 jours après le début de l'éruption cutanée, sur la conjonctive bulbaire, une plaque rouge vif, saillante, étendue de l'angle externe de l'œil à la cornée sur laquelle elle empiétait légèrement. Chez le même malade, qui cependant avait eu précédemment une attaque de rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude resta sans action sur les douleurs articulaires liées à l'érythème noueux. G. T.

Erythema perstans pseudo-lépreux (Ein Fall von Erythema perstans pseudo-leprosum), par Ed. ARNING. *Archiv für Dermatol. u. Syphilis*, 1898, XLIII, p. 11.

Ce cas concerne une femme, âgée de 31 ans, chez laquelle il est survenu, dans ces dernières années, une neurasthénie caractérisée, avec grande faiblesse dans les jambes. En même temps, nombreux malaises : douleurs dorsales, impressionnabilité au bruit et aversion pour le monde. En 1897 apparurent pour la première fois des taches rouges sur les jambes, sans douleur ni prurit ; ces taches augmentèrent peu à peu et devinrent confluentes.

Lorsque l'auteur vit cette malade pour la première fois, les taches existaient depuis sept mois. Les deux jambes sont légèrement œdématisées, pas de varices. Au tiers inférieur de la jambe gauche il existe une infiltration, sous forme d'une bande de 8 à 10 centimètres de largeur, légèrement saillante au-dessus du niveau de la peau, de couleur rouge cerise foncé dans la position verticale, mais pâlissant quand la jambe est placée horizontalement. A la face interne du mollet droit, depuis quatre mois une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. Quelques autres taches plus petites existent aussi sur la face externe du pied droit. Toutes les taches sont entourées d'une bordure légèrement saillante et d'une teinte plus claire. Sensibilité intacte ; pas d'engorgement ganglionnaire appréciable ; pas de symptômes de syphilis ; réflexes tendineux et cutanés normaux, ainsi que la réaction pupillaire ; pas de signe de Romberg. Urines peu abondantes ; ni sucre ni albumine.

La guérison survint après environ un mois et demi de traitement local. Selon l'auteur, cette affection, survenue chez une neurasthénique d'origine goutteuse et goutteuse elle-même, doit être regardée comme une angionévrose provoquée par une toxine restée inconnue. A. Doyon.

Histopathologie de l'herpès iris (The histopathology of herpes iris with report of two cases), par L. C. PARDEE. *Johns Hopkins hospital Bulletin*, juillet 1898, p. 165.

La première observation est un cas d'érythème polymorphe bulleux à forme grave dont l'évolution totale a duré plusieurs mois et qui s'est accompagné d'accidents généraux très sérieux. La deuxième observation est un cas léger, la maladie n'ayant duré que deux semaines et la transformation vésiculeuse n'ayant atteint qu'un petit nombre de lésions. Dans les deux cas les éléments éruptifs et leur distribution étaient typiques.

Les altérations histologiques sont constituées par une inflammation exsudative aiguë limitée à la moitié supérieure du derme avec dilatation du réseau sanguin superficiel et même des lymphatiques, et enfin par une diapédèse considérable de leucocytes polynucléaires ; ceux-ci, notamment dans le premier cas, s'altèrent aussitôt après avoir quitté les vaisseaux et se réduisent en débris. Les papilles sont remplies de débris nucléaires et le groupement des mêmes altérations dans plusieurs papilles voisines donne naissance aux vésicules.

Dans la deuxième observation, ce phénomène de fragmentation des noyaux est beaucoup moins accusé. Les bulles sont constituées par la séparation et le soulèvement de l'épiderme tout entier. La couche épineuse est dans un cas comprimée par le liquide, dans l'autre, elle est gonflée et œdématisée, avec dilatation des espaces intercellulaires et détachement des cellules les plus profondes. Les bulles contiennent du sérum avec

des leucocytes mononucléaires et polynucléaires, des amas de cellules épithéliales détachées, des trainées de fibrine et des débris de noyaux fragmentés. Pas d'infarctus, pas d'altérations des follicules ou des glandes.

On peut admettre que lorsque la congestion est très rapide, l'épiderme est soulevé en bloc et le plancher de la bulle est constitué par la couche papillaire du derme. Si la congestion est plus progressive, la sérosité s'infiltra entre les cellules épineuses, les dissocie et soulève la couche cornée seule. W. D.

Frambœsia.

Le framboësia ou yaws; ses suites (Further observations on framboësia on yaws. Its sequelae), par A. POWELL. *Indian medical Gazette*, août 1898, p. 281.

Dans deux cas de pian chez la mère et la fille, Powell a observé une tuméfaction de la première phalange de plusieurs doigts des deux mains. L'os était tuméfié et comme soufflé, les parties molles étaient intactes, le doigt était déformé en navet mais sans aucun symptôme inflammatoire, sans douleur ni gène des mouvements. L'aspect était très analogue à celui de la dactylite syphilitique.

La tuméfaction augmenta chez les deux pendant un mois, persista pendant trois mois puis disparut par un traitement mercuriel intense qui laissa subsister les manifestations cutanées du pian. Malgré cette circonstance, Powell attribue la lésion osseuse au pian plutôt qu'à la syphilis.

Dans quatre cas de pian, Powell a observé des adénopathies, mais les quatre malades avaient la gale avec des éruptions abondantes. W. D.

Hydroa estival.

Hydroa estival avec présence d'hémato-porphyrine dans l'urine chez deux frères (Hydroa estivale in two brothers complicated with the presence of haematorphyrin in the urine), par MAC CALL ANDERSON. *British Journal of Dermatology*, janvier 1898, p. 1.

Les deux malades sont deux frères âgés de 23 et 26 ans, pêcheurs à Stornoway, en Écosse, et les deux observations sont à peu près identiques. L'éruption a commencé dans l'enfance à 3 ou 4 ans, par la face et notamment par le nez. Depuis lors elle a reparu tous les ans au commencement de l'été, disparaissant au début de l'hiver; mais depuis quelque temps les attaques tendent à se prolonger jusque dans l'hiver; elle ne se montre pas s'il reste à la maison. Les parties atteintes sont la face, surtout le nez, les oreilles, le cou, les mains, en un mot les parties découvertes. L'éruption est précédée, pendant deux jours, par de la démangeaison et de la céphalée si l'éruption siège à la face. Elle est constituée par des vésicules ou des bulles de la grandeur d'une lentille à 3 centimètres de diamètre, contenant un liquide clair ou verdâtre.

Quelques-unes séchent sur place, en laissant une tache pigmentée, d'autres se rompent et en guérissant laissent une cicatrice. Dans l'état actuel la face est criblée de cicatrices, les ailes et le lobule du nez sont à peu près détruits; les pavillons des oreilles sont fortement atrophiés et

rongés sur les bords ; le dos des mains est cicatriciel au point que la flexion des doigts est très limitée. Une période de mauvais temps amène toujours une amélioration.

Chez les deux frères les urines ont une couleur rouge vin de Bourgogne ; cette coloration qui, au début, était intermittente et se montrait à l'occasion de chaque poussée éruptive, est maintenant devenue permanente.

L'examen chimique des urines a montré qu'elles étaient acides, ne contenant ni protéines, ni pigment biliaire, ni hémoglobine. L'urobiline normale est remplacée par un pigment rouge foncé présentant au spectroscope 4 bandes d'absorption. Après traitement par $H^2 SO_4$ on trouve les bandes d'absorption de l'héma-to-porphyrine acide. Il s'agit donc d'un pigment dépourvu de protéides et de fer et très voisin de l'uro-héma-to-porphyrine.

W. D.

Impétigo.

Impétigo contagieux (*Impetigo contagiosa*), par H. G. ANTHONY. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, mai 1898, p. 218.

Dans le courant de l'année passée, l'auteur a observé 50 cas d'impétigo contagieux de Duhring, ce qui est un chiffre tout à fait anormal ; 41 cas étaient de la forme ordinaire, 6 de la forme serpigneuse ou annulaire, 3 de la forme bulleuse. La plupart des malades étaient des enfants, 12 cas seulement étaient chez des adultes dont 10 chez des hommes contagionnés suivant toute vraisemblance par le rasoir. Il n'a pas été possible de suivre la filiation des autres cas. Quelques jeunes enfants paraissent être morts de complications intestinales. L'examen bactériologique a fait trouver des staphylocoques.

W. D.

Impétigo herpétiforme chez l'homme (*A case of impetigo herpetiformis in the male*), par HENRY WHITEHOUSE. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, avril 1898, p. 169, avec deux photographies.

Le malade est un homme de 39 ans, alcoolique, très amaigri et épuisé. Depuis 17 ans il a de temps en temps des poussées d'eczéma sur les jambes.

Depuis 7 semaines (août 1893) est apparue une poussée éruptive généralisée à toute la peau, ressemblant de tout point à un eczéma, mais avec un gonflement considérable des mains et des pieds, du suintement dans les plis et une chute abondante des cheveux, s'accompagnant en outre d'un prurit violent. Le traitement par des alcalins à l'intérieur et une pommade à l'oxyde de zinc amenèrent d'abord une amélioration considérable, puis au bout de 2 semaines survint un frisson suivi de fièvre, puis une poussée éruptive qui débute sur l'abdomen par un semis de fines pustules. Pendant plus de six mois et malgré tous les traitements, la maladie s'aggrava progressivement, procédant par accès fébriles suivis de poussées éruptives pustuleuses. Toute la surface cutanée était rouge, enflammée, en voie de pustulation ou de desquamation, les cheveux et les ongles étaient tombés. En novembre et décembre survint une amélioration générale et locale, les cheveux repoussent, l'éruption se limite aux extrémités. En janvier 1894, nouvelle aggravation, l'éruption perd son caractère eczéma-

teux et est constituée par de très fines pustules, formant des groupes à extension centrifuge, se desséchant au centre pour former des croûtes brunâtres. Les pieds et les mains et notamment les plantes et les paumes présentaient un aspect très frappant : sur un fond rouge vif, lisse, sec et luisant, se détachaient des cercles, des arcs de cercle et des festons jaunes constitués par de minces lignes pustuleuses larges de 1/16 de pouce et formées par la coalescence de pustules miliaires. Ces lignes jaunes étaient à peine saillantes mais fermes au toucher.

En juin 1894, sur les mains et les avant-bras, les pieds et les jambes, l'éruption est confluente, la peau couverte de croûtes brunes, soulevées par une suppuration fétide ; les ongles des pieds et des mains ont disparu ; sur les segments supérieurs des membres, l'éruption est formée de groupes et de cercles pustuleux à marche excentrique. D'une façon générale, l'éruption est plus accusée du côté de l'extension.

Les muqueuses et la région génitale sont indemnes. La maladie procède par poussées éruptives accompagnées de fièvre et séparées par des accalmies légères. A la fin survint une diarrhée incoercible et le malade finit par mourir dans le coma au commencement de 1895.

L'auteur passe en revue les principaux cas publiés d'impétigo herpétiforme et notamment ceux de Hebra.

Il faut remarquer que ce cas diffère notablement de ceux de Hebra et Kaposi par la durée beaucoup plus longue de la maladie, par sa localisation prédominante aux extrémités et aux surfaces d'extension, respectant les surfaces de flexion et la région génitale, toujours plus atteintes dans le type de Hebra, par les lésions des ongles et enfin par la longue conservation de l'état général. [La même critique peut du reste s'appliquer à plusieurs observations analogues publiées récemment sous le même titre d'impétigo herpétiforme.]

W. D.

Lépre.

Difficultés du diagnostic des formes nerveuses de la lépre principalement avec la syringomyélie (Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung auf die Syringomyelie), par E. von DÜRING. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XLIII, p. 137.

Selon l'auteur, les lésions médullaires chez les lépreux, étant donné surtout le petit nombre de nécropsies faites jusqu'à présent, sont déjà très importantes. On a vu dans la lépre des altérations provoquées aussi bien par l'invasion bacillaire du système nerveux central que des processus de dégénérescence en apparence de nature endogène ou exogène qui expliquent les troubles sensibles et trophiques qu'on ne saurait rattacher à une névrite périphérique. Au point de vue anatomique ces lésions n'ont rien à faire avec la syringomyélie.

Relativement aux caractères diagnostiques différentiels entre la syringomyélie et la lépre, l'auteur insiste de nouveau sur ce que, dans le diagnostic clinique, il existe une certaine différence entre les pays où la lépre apparaît fréquemment et ceux dans lesquels on l'observe rarement ou seulement d'une manière accidentelle. Tandis que, dans les pays à

lèpre, on pense et on doit penser tout d'abord à la lèpre et qu'on ne fait peut-être que par exclusion le diagnostic de syringomyélie, les médecins se placent à un point de vue opposé dans les autres pays. Si le diagnostic clinique peut encore être justifié, il faut accorder une certaine autorité aux témoignages — sans vouloir poser des limites à la critique — et examiner de plus près leur diagnostic quand ils disent cliniquement tel et tel points ont une si grande ressemblance avec les symptômes cliniques de la lèpre que, jusqu'à la démonstration du contraire, on suppose qu'il s'agit ici des suites de la lèpre.

L'auteur, en s'appuyant sur les travaux de Laehr et sur ceux de Schlesinger, examine en détail les caractères diagnostiques différentiels de la lèpre et de la syringomyélie. Les opinions de E. von Düring se confondent presque complètement avec celles de Jeanselme. Il y a des cas, assurément rares, dans lesquels le diagnostic différentiel entre la lèpre et la syringomyélie, principalement dans les cas du type Morvan, peut être impossible en dehors de la nécropsie.

A. DOYON.

Lèpre viscérale (Ueber viscerale Lepra), par M. JOSEPH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 359.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner le foie, la rate, les reins et la langue d'un cas typique de lèpre tubéreuse. Le malade, dont les symptômes cliniques ne présentaient rien de particulier, succomba au bout d'environ 20 ans. Malgré des recherches minutieuses, on ne trouva pas trace de bacilles lépreux dans le foie, les reins et la langue; par contre, ils étaient en très grand nombre dans la rate. D'après ses recherches, l'auteur soutient d'une manière absolue avec Neisser que la plupart des bacilles qui se trouvent dans l'organisme sont intra-cellulaires. Mais par quelle voie les bacilles lépreux se propagent-ils? Dans ce cas les vaisseaux sanguins, artères et capillaires, ne contenaient pas de bacilles; c'est incontestablement par les vaisseaux et les fentes lymphatiques que la propagation des bacilles s'est faite. Il n'y a pas lieu de s'étonner que la rate renferme une quantité aussi considérable de bacilles lépreux, attendu que cet organe est en rapport intime avec la formation du sang.

A. DOYON.

Lichen.

Lichen ruber (Beobachtungen und Betrachtungen ueber Lichen ruber), par A. BRAU. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 1898, XLIII, p. 113.

L'auteur décrit en détail l'histoire de plusieurs malades qu'il a observés dans ces dernières années. Chez aucun de ces malades il n'a trouvé de papules acuminées en proportion notable; chez tous il y avait exclusivement des papules et des croûtes, jamais de vésicules ni de bulles. Les papules dans leur mode de groupement suivaient les plis de la peau et les follicules pileux où elles formaient des dessins en forme d'anneaux, d'arcs et de gyries. La formation de squames, s'il n'y avait pas eu auparavant de traitement local, était toujours extrêmement faible, sauf dans les cas où il y avait une régression rapide. Il a très rarement vu l'atrophie de la peau succéder aux papules. Dans deux cas, au bout de deux ans, les colorations secondaires n'étaient plus perceptibles.

Le traitement local (pommades, massage) n'a pas favorisé notablement

la résolution des papules, toutefois il a très atténué les symptômes subjectifs. Aucun des malades n'a eu de récidive. A. DOYON.

Médicamenteuses et toxiques (Éruptions).

Histologie de l'acné iodique (Zur Histologie der Iodacne), par S. GIOVANNINI. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 3.

L'auteur a excisé sur le vivant 32 pustules d'acné iodique ; 30 provenaient de sujets différents et deux avaient été enlevées sur un même individu. Les résultats de l'examen microscopique sont les suivants : l'acné iodique de peu d'étendue est produite par une inflammation purulente aiguë avec formation d'abcès, qui, dans tous les cas, atteint soit exclusivement, soit de préférence un follicule pileux et les tissus qui l'entourent. Les abcès envahissent le follicule pileux et le tissu environnant, tantôt l'épiderme seulement, tantôt uniquement le derme ou les deux à la fois. Les abcès restent toutefois constamment limités à la section du follicule pileux située au-dessus du point d'insertion des muscles arrecteurs des poils et sont par conséquent relativement superficiels. On peut donc désigner l'acné iodique dans ses formes restreintes au point de vue anatomo-pathologique sous le nom de folliculite et de périfolliculite superficielle aiguë, purulente. Les glandes sébacées des follicules pileux atteints par l'acné iodique de peu d'étendue ne présentent dans la plupart des cas que de simples phénomènes d'irritation, et si exceptionnellement le tissu conjonctif adjacent devient également le siège d'abcès, ceux-ci n'atteignent pas les proportions de ceux des follicules pileux correspondants ; ce fait confirme l'opinion de Pellizzari que, notamment dans l'acné iodique, les glandes sébacées ne deviennent malades que secondairement.

Malgré l'aspect normal de la peau, plusieurs follicules pileux sont déjà altérés au moment où ils sont envahis par cette affection. Tantôt ils sont sténosés, tantôt atrésiés, mais constamment ils sont atteints d'atrophie plus ou moins avancée ; les poils qu'ils contiennent sont dans leur intérieur recourbés et plus souvent encore enfoncés comme des corps étrangers dans le tissu conjonctif périfolliculaire. En outre, dans un nombre encore plus considérable de cas les glandes sébacées manquent complètement dans les follicules pileux ou sont atrophiques ; dans ce dernier cas elles peuvent parfois laisser après elles des cavités kystiques. Comme dans l'examen histologique de la peau saine du dos ces anomalies ne s'observent pas aussi fréquemment que l'acné iodique, on peut en conclure que cette affection a une certaine préférence pour les follicules pileux déjà altérés.

Dans l'acné iodique l'orifice du follicule pileux s'élargit plus ou moins, il conserve cependant son aspect ordinaire ou bien forme des cavités arrondies ou ovales assez caractéristiques. Ces cavités revêtues d'épiderme à l'intérieur et qui contiennent de la matière sébacée, des cellules cornées et des poils, ressemblent beaucoup aux kystes cornés du comédon ordinaire. Dans les follicules pileux atteints d'acné iodique les glandes sébacées ne se reproduisent pas, le nombre des cellules sébacées déjà formées diminue plus ou moins jusqu'à ce qu'elles disparaissent complètement de quelques acini et finalement les glandes sébacées s'atrophient. A. DOYON.

Pigmentation arsenicale (Remarks on arsenical pigmentation with a report of two cases), par W. A. HARDAWAY. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, avril 1898, p. 184.

La mélanodermie arsenicale est souvent accompagnée d'une légère desquamation furfuracée et a quelquefois été précédée d'une éruption scarlatiniforme diffuse. Il semble donc qu'elle est peut-être la conséquence d'une inflammation de la peau. Dans deux cas, l'un chez un jeune homme, l'autre chez une fillette, la mélanodermie offrait une disposition maculeuse et avait été précédée d'une éruption de taches rouges suivies de desquamation. Chaque macule pigmentée correspondait et avait succédé à une macule érythémateuse.

W. D.

Altérations chroniques de la peau dans l'arsenicisme (Ueber die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicmus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien), par L. GEYER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 221.

Reichenstein est un village de plus de 2,300 habitants, situé sur les prolongements nord-est des montagnes de Glatz, adossé à des hauteurs très boisées; on y exploite, depuis un temps immémorial, des minerais d'or qui contiennent tous de l'arsenic. Les procédés d'exploitation employés au moyen âge faisaient passer l'arsenic dans l'air. Des masses considérables d'arsenic sont ainsi tombées sur toute la région et les couches superficielles du sol contiennent des proportions déterminées d'arsenic. Sous l'influence de l'eau de la pluie l'arsenic a pénétré dans les couches profondes. Autrefois l'eau superficielle était très employée pour la boisson. Elle a donné lieu à la maladie connue sous le nom populaire de maladie de Reichenstein. Actuellement, sous l'influence de mesures hygiéniques, elle est en voie de disparition.

C'est dans un seul quartier de la ville, le Plan-vert (grüner Plan), qu'on trouvait autrefois des malades atteints de mélanose, et encore aujourd'hui ce serait le seul quartier où on pourrait contracter cette maladie; cela tient à l'eau qui alimente cette partie de la ville, et qui renferme en moyenne 25 milligrammes d'arsenic par litre. Il est actuellement interdit de la boire. Le nombre des cas de mélanose et de kératose arsenicales est aujourd'hui, à Reichenstein, d'environ 50 à 60.

L'auteur décrit en détail les symptômes de l'arsenicisme chronique: hyperpigmentation, hyperkératose, courte durée de la vie, surtout dans les jeunes années, fréquence du rachitisme, faible résistance de l'organisme à l'invasion des micro-organismes pathogènes, hydropisie; troubles nerveux allant des simples névralgies aux symptômes paralytiques les plus prononcés.

De ce qui précède l'auteur dit que sous tous les rapports il faut regarder comme un abus (Missbrauch) une médication arsenicale continuée pendant des années; surtout dans les cas où l'expérience a montré que l'action de l'arsenic est très incertaine, comme dans la syphilis, les eczémas, les psoriasis.

Sans contester les dangers de l'arsenic, je crois, contrairement à l'auteur, que ce médicament est un de ceux que l'organisme peut tolérer pendant longtemps, et, dans bon nombre de maladies de la peau (lichen, psoriasis,

mycosis fongoïde, certaines formes de sarcome) il a donné des résultats sinon toujours complets du moins satisfaisants.

La municipalité de Reichenstein a décidé de faire des recherches pour capter l'eau arsenicale afin de l'utiliser dans un but thérapeutique. Les couches géologiques sont les mêmes que pour les eaux de Roncegno, de Levico, de la Guberquelle en Bosnie et différentes autres eaux qui se trouvent dans le commerce.

A. DOYON.

Néoplasmes divers.

Lymphangiome des grandes lèvres (Lymphangioma of labia majora vulvae), par J. C. WHITE. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, février 1898, p. 67.

Femme de 27 ans, célibataire. Le début paraît remonter à une dizaine d'années, sous forme d'une tuméfaction œdémateuse, indolente et persistante de la jambe gauche. Quelques années après, la tuméfaction se montre à la jambe droite et il survient des deux côtés des poussées inflammatoires. Les lésions de la vulve n'ont été remarquées que récemment. Les grandes lèvres sont très volumineuses, dures, mais légèrement compressibles, leur surface est papillomateuse, couverte de saillies rougeâtres grosses comme un poïs, à sommet verruqueux, serrées les unes contre les autres, indolentes et se laissant réduire dans une certaine mesure par une pression soutenue. On ne voit pas de saillies d'aspect vésiculeux. Il y a eu du prurit au début. Les ganglions inguinaux sont normaux ainsi que les vaisseaux des membres inférieurs.

L'examen microscopique a porté sur une petite saillie verruqueuse. La couche cornée est normale ; le stratum lucidum manque ; la couche granuleuse est anormalement développée ; la couche de Malpighi est épaisse, œdémateuse avec de longs prolongements interpapillaires. Dans le derme les papilles sont un peu œdémateuses avec des vaisseaux lymphatiques légèrement dilatés. La couche sous-papillaire est normale. Le derme proprement dit est creusé de larges lacunes lymphatiques irrégulières tapissées d'endothélium sans altérations inflammatoires apparentes. On n'y trouve pas trace de fibres élastiques.

L'auteur admet qu'il y a en même temps dilatation et néoformation des lymphatiques et définit son cas comme un lymphangiome superficiel reposant sur une lymphangiectasie profonde.

W. D.

Kystes folliculaires multiples de la peau (Beitrag zur Lehre von den multiplen folliculären Hautcysten), par L. BOSELLINI. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 81.

B... décrit un cas qu'il a observé à la clinique de Majocchi, chez un paysanne de 40 ans, bien portant et d'une constitution robuste. Sur le tronc, depuis les épaules jusqu'aux fesses, se trouvent irrégulièrement disséminées de très nombreuses petites tumeurs, arrondies ou ovales, dont la grosseur varie de celle d'un grain de chênevis ou d'un poïs à celle d'une cerise ; elles sont situées au-dessus des tissus profonds et sont mobiles. La peau sus-jacente est amincie et ne peut être plissée, la consistance est pâteuse et la sensibilité intacte. Des tumeurs analogues existent sur les épaules, les parois latérales du thorax et sur les parties des cuisses avoisinant le tronc.

Ce malade a remarqué, il y a environ 8 ans, la présence de 2 ou 3 nodosités sur le thorax ; dans le cours des années il en survint un grand nombre qui augmentèrent peu à peu de volume. L'excision d'une tumeur du dos montra qu'il s'agissait de simples kystes dont le contenu était de la graisse.

L'examen chimique de ce contenu donna le résultat suivant : réaction neutre, présence de graisses et particulièrement d'oléine et de palmitine, absence d'albumine, d'acide butyrique, d'acide valérianique, etc. B... expose ensuite en détail les résultats de l'examen histologique et, pour lui, la première cause de l'origine des kystes est un processus kératosique, en tant qu'il survient consécutivement un obstacle à la sortie de la sécrétion des glandes.

La sécrétion écoulée dans les follicules y séjourne et détermine une dilatation au point de réunion du conduit glandulaire avec le follicule pileux. Cette dilatation est exclusivement limitée aux follicules, de telle sorte que la glande sébacée et ses cellules ne contribuent jamais à la formation de la paroi kystique. La dilatation est terminée, dès que de la glande ou de ses acini il ne s'écoule plus de graisse dans la cavité des kystes, ce qui ne se produit qu'après la disparition du dernier acinus. Cette disparition résulte d'une atrophie progressive des acini comprimés entre la paroi kystique et le tissu conjonctif sclérosé environnant qui s'épaissit tout autour.

Le contenu de ces kystes est toujours de la graisse pure, attendu qu'il n'est constitué que par la seule sécrétion des glandes.

On peut affirmer avec certitude que les glandes sudoripares ne contribuent en rien à la formation de ces kystes.

A. DOYON.

Histologie de la corne cutanée (Beitrag zur Histologie des Cornu cutaneum), par SPIETSCHKA. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, t. XLII, p. 39.

L'auteur décrit 7 cas de cornes cutanées et 2 cas de papillomes kératinisés du pénis ; voici le résultat de ses recherches histologiques. Sur les papilles hypertrophiées de la peau il existe une production exagérée de la masse cornée ; l'épaississement de l'épiderme et sa kératinisation sont très intenses, au point que la masse cornée supérieure ne peut être éliminée assez rapidement, ce qui entraîne la formation d'un cylindre ou d'un cône corné.

Les papilles, dans des cas rares, correspondent complètement, d'après leur nombre et leur position, à celles qui existaient normalement en ce point. Souvent l'épaississement n'atteint qu'un petit groupe de papilles ; mais elles peuvent être très hypertrophiées ; elles présentent parfois des divisions et des ramifications considérables et par suite ont une grande ressemblance avec celles des papillomes cornés du pénis. L'hypertrophie et les ramifications des papilles ne sont pas le résultat de la prolifération des épithéliums ; l'hypertrophie des papilles précède l'augmentation de la couche cornée ou se produit en même temps. Tout ceci ressort clairement des recherches de l'auteur sur les papillomes cornés du pénis. Ceux-ci ne se distinguent en rien dans leur structure histologique des cornes des autres régions du corps.

Contrairement aux opinions d'Unna, de Mitwalsky et de Baas, l'auteur maintient, d'après ses recherches, la structure papillaire de la corne cuta-

née. La prolifération des papilles du derme seule ne peut pas occasionner une corne cutanée, il faut encore une augmentation dans la nouvelle formation des cellules épithéliales et leur kératinisation exagérée. Ces trois processus peuvent être relativement différents dans les diverses cornes cutanées et déterminer par suite de grandes différences dans les caractères histologiques.

Toutefois ces processus constituent des conditions essentielles de la production des cornes cutanées. L'auteur ajoute que sans papilles il ne peut pas survenir une véritable corne cutanée, pas même sur la cornée de l'œil d'une bête à cornes.

A. DOYON.

Parasites animaux.

Piqûres des hyménoptères (Der Aculeatenstich), par J. LANGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 431.

Deux facteurs exercent une influence puissante sur l'état et le développement de la réaction inflammatoire ordinaire après ces piqûres : la sensibilité de l'individu pour la substance toxique, et la quantité du virus.

Il n'y a qu'un petit nombre d'hommes qui par nature sont insensibles au virus hyménoptérien, tandis que la plupart présentent à des degrés divers une réaction très appréciable. L'auteur a étudié expérimentalement sur lui-même les différentes phases de ce processus inflammatoire ; il entre à cet égard dans les plus grands détails.

Sur 153 apiculteurs mentionnés comme sensibles, 126 constatèrent une diminution évidente de leur sensibilité réactive pendant une exploitation de plusieurs années de ruches d'abeilles. Comme caractère de l'immunité acquise artificiellement contre le virus de l'abeille, Langer signale : l'absence d'urticaire et des symptômes généraux après de nombreuses piqûres d'abeilles chez des individus d'ailleurs sensibles à ce virus, et des modifications locales, tant sous le rapport de leur durée que de leur intensité.

A. DOYON.

Pellagre.

Pellagre en Égypte (Pellagra in Egypt). par F. N. SANDWITH. *British Medical Journal*, 24 septembre 1898, p. 881.

L'auteur a observé plus de 500 cas de pellagre au Caire, uniquement chez des Égyptiens, aucun cas ne s'étant présenté chez des Nubiens ou des Soudanais. Presque tous les malades étaient des cultivateurs et très souvent ils étaient en même temps atteints d'ankylostomiasis. La maladie est due à la misère et à l'usage du maïs avarié.

W. D.

Pemphigus et pemphigoïdes.

Anatomie et pathogénèse des bulles de pemphigus (Zur Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen), par JARISCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 341.

L'auteur rapporte l'histoire de deux malades dont le premier, âgé de 53 ans, était atteint de pemphigus serpiginex et végétant. Dans ce cas, pas de tendance à la guérison, tous les traitements restèrent sans effet et le malade succomba. Chez le second malade l'évolution fut relative-

ment bénigne et susceptible d'amélioration jusqu'à un certain point; les muqueuses étaient indemnes. Il s'agissait ici d'un de ces cas, désignés par Hebra sous le nom de pemphigus serpigneux bénin. Les résultats des recherches microscopiques de l'auteur ne concordent pas avec ceux de Luithlen et de Kromayer. Jarisch a trouvé dans deux cas une fois une séparation entre la couche des cellules basales et le reste du réseau, une autre fois entre les stratum granulosum et lucidum. Il y a incontestablement des cas de pemphigus dans lesquels la macération produite par le contenu de la bulle n'apparaît pas dans le tableau microscopique. En se rapportant à des résultats plus anciens, à ceux de l'auteur et à ceux de Luithlen et de Kromayer, on ne peut plus guère aujourd'hui affirmer que dans le pemphigus il puisse se produire des bulles entre le chorion et l'épiderme, ainsi qu'à l'intérieur des couches du réseau, comme aussi entre les couches superficielles de l'épiderme. Ici des influences chimiques peuvent accidentellement jouer un rôle; dans d'autres cas, et parmi ceux-ci il faut compter ceux examinés par l'auteur, les causes purement mécaniques d'une transsudation énergique paraissent avoir une action déterminante, tandis qu'on ne trouve pas de données en faveur de l'hypothèse d'un état cachectique de la couche épineuse, dans le sens d'Auspitz. La détermination de rapports certains entre la structure des bulles de pemphigus avec certaines particularités cliniques est le but auquel on doit tendre dans l'avenir; par contre, il faut regarder, tout au moins comme prémature et arbitraire, la tentative de présenter la séparation totale de l'épiderme à elle seule comme critère de la bulle de pemphigus. A. DOYON.

Epidermolyse bulleuse congénitale (Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita), par A. GRUNFELD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 281.

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme de 17 ans, chez lequel, depuis l'âge de 2 ans, il se produit des bulles, plus souvent sur les pieds que sur les mains et toujours dans les saisons chaudes de l'année. Les bulles commencent habituellement et même régulièrement en avril, mais parfois au mois de mars, persistent pendant tout l'été et disparaissent complètement au commencement de l'hiver. Les bulles surviennent constamment sans être précédées de plaques ortiées et la plus légère irritation suffit d'ordinaire pour les provoquer. Si par exemple le malade porte une canne pendant une ou deux heures, il se forme ensuite, après quelques heures, une bulle sur la paume de la main. Quant aux pieds, si le malade marche une ou deux heures, ou, même restant au lit, entoure le pied avec une bandelette mince, les mêmes phénomènes se produisent et les bulles atteignent quelques fois le volume du poing. Comme prodromes des bulles le malade accuse habituellement du prurit et une sensation de chaleur, et après une heure une bulle apparaît et au bout d'un ou deux jours atteint de très grandes proportions. Si on ouvre la bulle il s'en écoule un liquide séreux, et dans l'espace de trois à quatre jours tout a disparu. Il reste une légère pigmentation qui persiste un ou deux mois. Des récidives se produisent en général au même point. Depuis son enfance ce malade est atteint d'hyperidrose des mains et des pieds.

A. DOYON.

Dermatite bulleuse congénitale à kystes épidermiques (Con-

genital bullous dermatitis with epidermic cysts), par J. BOWEN. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, juin 1898, p. 253.

Fille de 12 ans, née en Amérique ; aucune affection analogue chez ses ascendants ou chez ses frères et sœurs. Les premiers accidents ont débuté à l'âge de trois semaines par une bulle sur le dos du pied. Les bulles se sont depuis lors succédé, plus abondantes en été qu'en hiver, suivant souvent à la suite d'un léger coup et siégeant généralement sur les parties antérieures des jambes, les genoux, les pieds, les coudes, la face dorsale des mains et des poignets.

La malade est maigre et anémique, elle a des cheveux noirs, sa face et ses mains sont criblées de taches de rousseur. Dans les régions les plus souvent atteintes par l'éruption on trouve des plaques mal limitées, rouge foncé, légèrement pigmentées et un peu infiltrées, elles siégent surtout sur le dos des pieds, les genoux, les coudes, la face dorsale des poignets, la face dorsale des mains et des doigts et même un peu sur la face palmaire. Sur ces plaques rouges et surtout aux membres inférieurs se trouvent des bulles variant de la grandeur d'un pois à un pouce de diamètre ; elles sont bien saillantes, remplies d'un liquide clair et parfois hémorragique. On trouve encore sur ces mêmes plaques rouges un grand nombre de nodules blancs durs, ressemblant à des grains de milium, mais variant du volume d'une tête d'épingle à un petit pois ; ils sont particulièrement nombreux sur les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes ; on en fait sortir par la pression une substance blanche, molle et caséuse. On remarque en outre un grand nombre de cicatrices très superficielles. Les ongles sont striés en long et fragiles. Les muqueuses sont intactes, mais la mère de l'enfant assure qu'il y a eu souvent des bulles dans la bouche. Il y a eu quelques-fois des bulles sur la face mais on n'y voit pas de grains blancs. L'éruption est très prurigineuse et les bulles surviennent souvent à la suite d'un choc ou d'une pression. L'enfant est très nerveuse et inquiète.

B. passe en revue les faits de Hallopeau, Augagneur, Beatty, C. Fox, Handford, etc., et conclut à leur identité avec l'épidermolyse héréditaire de Köbner, l'hérédité ne constituant pas un caractère différentiel suffisant. W.D.

Purpura.

Purpura hémorragique nodulaire (Ein Beitrag zur Kenntniss der Purpura hæmorrhagica nodularis [Purpura papulosa hæmorrhagica Hebrae]), par J. FABRY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XLIII, p. 187.

Garçon de 13 ans, toujours robuste et bien portant ; il y a 4 ans, apparaissent de petites papules dans la région du creux poplité gauche.

L'éruption envahit peu à peu la face de flexion des cuisses ainsi que le tronc, le creux poplité du côté droit, la poitrine, la région du sacrum, les membres supérieurs et inférieurs, la muqueuse. Sur les points de la peau où l'exanthème est le moins fortement caractérisé on voit d'innombrables petites et très petites taches (Stippchen). Cet exanthème est caractérisé par de véritables papules bleu foncé et même noires, de dimensions variables, jusqu'à la largeur d'un grain de mil et au-dessus ; les unes sont isolées, d'autres confluentes, formant de grands plateaux et des nodosités, comme on les rencontre dans le lichen. Cet exanthème n'a aucune ten-

dance à la régression. Il n'occasionne pas de malaises, mais dans ces derniers temps l'enfant est un peu affaibli.

L'examen microscopique d'un fragment de peau excisé a montré qu'il s'agissait d'une forme rare de purpura hémorragique ; il y avait des hémorragies par rupture presque dans toutes les coupes et dans toutes les couches de l'épiderme. Le pronostic est ici absolument mauvais, car cet enfant, déjà affaibli par des hémorragies nasales et buccales, atteint d'une affection pulmonaire, succombera dans un laps de temps plus ou moins long à une hémorragie des muqueuses. A. DOYON.

Purpura annulaire télangiectode (Purpura annularis teleangiectodes), par D. MAJOCCHI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 447.

L'auteur a observé chez un jeune homme de constitution délicate, une dermatose d'apparence hémorragique, caractérisée principalement par des dessins annulaires ; depuis il a vu quatre cas analogues. Tous ces cas présentent une telle concordance dans les détails morphologiques qu'on peut leur attribuer les caractères généraux suivants : ce sont des taches rosées ou rose livide, formées par des ectasies capillaires avec hémorragies consécutives, sans hyperhémie antérieure, ni infiltration appréciable de la peau et d'ordinaire en rapport évident avec les follicules pileux. Développement et accroissement lents. Évolution excentrique constante des taches, d'où résulte leur forme annulaire. Disposition symétrique de cette dermatose. Début toujours par les membres, de préférence par les membres inférieurs. Le plus souvent, pas de prurit ni de troubles de la sensibilité. Terminaison par une atrophie et une achromie légères de la peau, parfois avec alopecie. On peut distinguer dans cette maladie trois périodes : période télangiectasique ; période hémorragico-pigmentaire et enfin période atrophique. L'examen microscopique montre qu'il s'agit ici d'ectasies capillaires ; elles s'étaient formées sur les anses vasculaires autour des orifices folliculaires ainsi que sur le réseau vasculaire sous-papillaire. En outre, les réseaux vasculaires des follicules eux-mêmes étaient ectasiés et formaient de véritables plexus, quoique leur distribution dans le follicule ne fût pas régulière. Ce qu'on a constaté de plus important, c'est une infiltration légère de petites cellules au voisinage des vaisseaux, principalement dans les points où les ectasies vasculaires étaient particulièrement nombreuses et développées.

Le développement anormal du réseau vasculaire folliculaire et péri-folliculaire est la cause de l'hémorragie et de la pigmentation. L'ectasie des capillaires exerce une pression latérale constante et croissante qui amène la déchirure des parois vasculaires, d'où extravasation du sang et pigmentation. La transformation graduelle de ces éléments cellulaires jeunes en tissu conjonctif fibreux, peut déterminer une rétraction atrophique correspondante et en même temps la sclérose du derme, et par suite entraîner la disparition des follicules, des poils et plus tard aussi du pigment. En raison de ses caractères les plus saillants, l'auteur est d'avis de désigner cette affection sous le nom de purpura annulaire télangiectode. Majocchi n'a pu jusqu'à présent trouver une cause quelconque à cette maladie, toutefois on peut la regarder comme une angionévrose. A. DOYON.

Pyodermité végétante.

Pyodermité végétante, ses relations avec la dermatite herpétiforme et le pemphigus végétant (« Pyodermité végétante » ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und den Pemphigus vegetans), par HALLOPEAU. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 289.

L'auteur jette tout d'abord un coup d'œil sur les faits publiés jusqu'à présent, ensuite il rapporte en détail l'observation de sa dernière malade et dans un tableau général il énumère les caractères de la pyodermité végétante et termine en examinant la nature de ses rapports avec la dermatite herpétiforme et avec le pemphigus végétant, si bien décrit par Neumann.

Des 5 observations rapportées par l'auteur il ressort que ces dermatites pustuleuses en prolifération (pyodermites végétantes) constituent un type très caractérisé. On n'a jusqu'à présent observé cette maladie que chez des adultes ; elle se développe sans cause déterminée. Les efflorescences primaires se trouvent dans le voisinage des organes génitaux ou sur les lèvres, dans la cavité buccale ou encore sur les doigts. La lésion primaire est toujours une pustule sur une base rouge. Toutefois un des malades affirmait que les taches érythémateuses apparaissaient avant les pustules qui, il est vrai, se formaient rapidement au centre des taches. Quoi qu'il en soit, les pustules se multiplient rapidement et constituent des congolérats. Tandis que ces groupes s'étendent à la périphérie ils deviennent plus élevés, la partie centrale se dessèche, se recouvre de croûtes qui tombent bientôt en laissant une surface rouge foncé, rugueuse, en prolifération. Pendant ce temps il se développe, d'une manière ininterrompue, de nouvelles pustules dans le voisinage et dans la région des surfaces déjà altérées. Elles peuvent atteindre des proportions considérables. Le pronostic de cette dermatose est néanmoins, selon l'auteur, relativement favorable.

La pyodermité végétante en foyers, à progression excentrique, représente un type de maladie strictement différencié. Elle se distingue de la dermatite herpétiforme par les caractères suivants : elle se développe et s'étend exclusivement par auto-inoculation, tandis que la dermatite herpétiforme se développe en même temps en très nombreux foyers et par poussées sous l'influence d'une cause interne, probablement toxique. Il ne faut pas confondre les proliférations qui se produisent après ces bulles avec celles de la pyodermité ; elles s'en distinguent essentiellement par leur non-multiplication et par leur disparition tout à fait spontanée en quelques semaines. L'apparition asymétrique fréquente des foyers distingue la pyodermité végétante de la dermatite herpétiforme. Les végétations peuvent atteindre un volume considérable. Contrairement à ce qu'on observe dans la dermatite herpétiforme, les suppurations peuvent gagner le tissu conjonctif sous-cutané et provoquer ainsi des phlegmons volumineux. La maladie n'a pas de caractère destructif, attendu que les foyers disparaissent sans laisser d'autres traces que des taches très foncées qui pâlissent lentement. L'alopecie provoquée accidentellement par la maladie peut guérir complètement. Contrairement aux foyers végétants de la dermatite herpétiforme, cette maladie est justiciable d'un traitement local par les antiseptiques qui peuvent amener une guérison complète.

Dans ce premier travail, Hallopeau considère la pyodermité végétante comme distincte du pemphigus végétant de Neumann. A. DOYON.

De la pyodermité végétante (2^e communication) et de ses rapports avec le pemphigus végétant (Zweite Mittheilung ueber « Pyodermité végétante » par HALLOPEAU. *Archiv für Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 323.

La marche ultérieure de l'affection chez la malade dont il est question dans son premier mémoire a déterminé Hallopeau à modifier le titre et les conclusions de sa première communication. Dans ce nouveau travail il décrit avec les plus grands détails la continuation du processus morbide. Il ressort de sa description que depuis 6 semaines il s'est produit un changement très important dans les symptômes de cette dermatose ; tandis que dans les parties primitivement atteintes les lésions continuaient de se développer avec les mêmes caractères ou sont guéries, il survint sur la partie inférieure du tronc et sur les membres des éruptions bulleuses qui dès le début étaient accompagnées de végétations de la peau et avaient une marche excentrique. Dans le sang et le contenu des bulles, augmentation continue des cellules éosinophiles.

Hallopeau admet qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence, mais bien d'une seule et même maladie qui peut présenter deux formes différentes, l'une avec bulles et l'autre avec formation de pus. Il est donc prouvé que la maladie décrite par l'auteur sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, et depuis lors sous le titre de pyodermité végétante, n'est qu'une variété purulente du pemphigus végétant de Neumann.

Pour lui, le pemphigus végétant de Neumann constitue une maladie spéciale. Pour éviter ce qu'il y a de choquant dans cette dénomination, si on l'emploie dans les cas où il n'y a pas trace d'éruption bulleuse et où les premières lésions sont toujours vésico-pustuleuses, il propose de remplacer le nom de pemphigus végétant par celui de maladie de Neumann, jusqu'au moment où on aura trouvé la cause prochaine des symptômes morbides.

A. DOYON.

Séborrhée.

Séborrhée nigricans d'origine hystérique (*Seborrhea nigricans, an unusual hysterical disorder*), par J. K. MITCHELL. *Philadelphia medical Journal*, 15 janvier 1898.

Une femme de 24 ans, d'origine israélite, ayant eu depuis son enfance toutes sortes d'accidents hystériques, commença à présenter à 19 ans une coloration noirâtre des deux paupières inférieures qui s'est graduellement étendue et occupe actuellement les deux paupières de chaque côté jusqu'aux limites de l'orbite. La teinte est noirâtre, plus foncée aux paupières inférieures, elle n'est que très peu influencée par la menstruation. La couleur est due à un enduit noirâtre un peu gras au toucher, ressemblant à de la suie. Les lavages à l'eau et au savon ne l'enlèvent qu'avec difficulté et non sans irriter la peau qui au bout de quelques heures commence à se recouvrir d'un nouvel enduit. L'examen bactériologique de l'enduit n'a rien révélé de particulier ; à l'examen microscopique on a trouvé des gru-

meaux noirs amorphes. La malade a été observée d'assez près pour qu'on puisse éliminer toute supercherie.

W. D.

Tuberculine.

De l'action de la tuberculine R de Koch dans le lupus et le scrofuloderme (Ueber die Resultate mit dem Koch'schen Tuberculin R bei Lupus und Scrofuloderma), par ADRIAN. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 97.

L'auteur a traité, avec la tuberculine R, 12 malades atteints de lupus ou de scrofuloderme; chez 8 d'entre eux la cure fut complète, autrement dit ils supportèrent sans réaction 20 milligrammes de la solution primitive. Chez trois autres on fut obligé de cesser le traitement.

Pour diluer la solution primitive il a employé au début la solution physiologique de chlorure de sodium seule, plus tard additionnée de 20 p. 100 de glycérine. Les injections étaient faites le matin, entre 7 et 8 heures; la température était prise trois fois chaque jour dans le rectum; les urines de tous les malades étaient examinées matin et soir. La dose de début était le plus souvent de 1/500 de milligramme, souvent même de 1/1000 de milligramme. Le plus grand nombre des injections faites à un malade a été de 68. La plus forte proportion de tuberculine employée chez un malade pendant toute la cure fut de 32,85 centimètres cubes = 328,5 milligrammes de substance solide. La plus grande quantité de liquide injecté en une seule fois a été de 2 centimètres cubes de T R = 20 milligrammes de substance solide. Le traitement le plus long a été de 216 jours, le plus court de 87 jours.

Voici le résumé des observations de l'auteur :

Il y a une différence tranchée entre l'ancienne et la nouvelle tuberculine, elle consiste dans l'absence de réaction générale et locale chez les sujets tuberculeux et non tuberculeux, propriété qui caractérise la nouvelle tuberculine.

Le résultat curatif de cette nouvelle préparation paraît ne pas dépasser celui de l'ancienne tuberculine, mais surtout il n'atteint pas les résultats obtenus avec le seul traitement galvanocaustique employé depuis des années à la clinique de Strasbourg.

L'intervention chirurgicale combinée avec l'emploi de la nouvelle tuberculine paraît être un des moyens de hâter la guérison des affections tuberculeuses de la peau.

L'emploi de la T R lui a paru dangereux dans un cas de lupus de la face compliqué de néphrite chronique (dégénérescence amyloïde). D'ailleurs l'inégalité dans la préparation du nouveau remède en rend l'emploi nuisible et dangereux pour la vie du malade. Il faut encore tenir compte de la difficulté et du coût de la méthode ainsi que de la durée relativement longue de l'expérimentation.

A. DOYON.

Tuberculose.

Tuberculose miliaire de la peau et de la muqueuse adjacente (Ueber Miliar-Tuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut), par KAPOSI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, t. XLIII, p. 373.

L'auteur dans ce mémoire donne une analyse détaillée des 22 cas (18 hommes et 4 femmes) qu'il a observés. Ces malades avaient de 28 à 60 ans. Le début de la maladie de la peau remontait, dans presque un tiers des cas, de quelques semaines à un mois, dans tous les autres tout au plus de 3 à 4 ans, de sorte qu'en général l'évolution était assez rapide. Douze de ces malades sont morts à la clinique et ont été nécropsiés.

La plupart avaient de la tuberculose pulmonaire ou laryngée, buccale, intestinale, testiculaire. Dans 8 cas, la maladie était localisée uniquement à la peau ; sur la peau et la muqueuse dans 8 cas. Comme localisations spéciales : le pavillon des oreilles et des parties adjacentes, le dos, les ailes et l'extrémité du nez, la lèvre supérieure et inférieure, les fesses, la région péri-anale, etc., etc.

Quant aux caractères cliniques de la tuberculose propre ou miliaire du derme, ils sont tout particulièrement typiques dans les ulcères. Ces ulcères à infiltration très aplatie et très douloureuse constituent en général une perte de substance très superficielle, à bords finement dentelés comme rongés, bord et fond rouge pâle, avec sécrétion séro-visqueuse. Très souvent il y a en même temps ou il se produit ultérieurement des tubercules un peu saillants, placés sur le bord, semblables à des comédon ou à du milium, de la grosseur d'une graine de pavot, isolés ou réunis en plusieurs rangées qui, en s'ulcérant, augmentent l'étendue de la plaie et lui donnent une forme dentelée comme rongée. Ils complètent tout à fait le caractère clinique de l'ulcère tuberculeux de la peau, car ils représentent de véritables tubercules miliaires, mais manquent très souvent à certaines périodes de la maladie.

Quant aux ulcères tuberculeux de la muqueuse, on les trouve principalement sur la muqueuse de la cavité buccale, lèvres, joues, larynx, palais et voile du palais, piliers palatins, muqueuse nasale, plus rarement sur celle de la vulve, du vagin, de l'uréthre et de la vessie. D'après leur aspect clinique, les ulcères tuberculeux de la muqueuse buccale sont presque tout aussi caractéristiques que ceux de la peau, par leurs bords flasques, rongés, dont le fond est recouvert d'un enduit grisâtre, souvent et surtout au palais, entourés de tubercules miliaires et par leur grande sensibilité.

En résumé, la tuberculose propre ou miliaire de la peau est un processus cliniquement bien caractérisé et qu'il faut distinguer du lupus et de toutes les autres formes des maladies actuellement dites tuberculeuses de la peau. Ce processus s'observe beaucoup plus fréquemment que les publications actuelles le font supposer, attendu que l'auteur seul en a vu 22 cas cliniques, et encore un plus grand nombre à l'ambulatorium et dans la clientèle privée. On la rencontre presque toujours associée à d'autres tuberculoses, le plus souvent chez des individus atteints d'affections des voies respiratoires, mais non, comme on l'a souvent prétendu, dans les derniers mois de la vie de ces individus ou avec la tuberculose miliaire aiguë des organes internes. La tuberculose de la peau est très souvent accompagnée de lésions semblables de la muqueuse voisine, primitivement ou consécutivement, mais elle est aussi isolée. Les deux localisations, sur la peau et sur la muqueuse, n'entraînent pas, en tant que processus local, un pronostic absolument défavorable, car elles guérissent soit spontané-

ment, soit par un traitement topique approprié, complété, il va sans dire, par un traitement général médicamenteux et hygiénique. L'auteur fait suivre cet exposé du résumé des observations des 22 malades qu'il a vus et qui ont été publiées dans les *Jahresberichten des Wiener k. k. allg. Krankenhaus*.

A. DOYON.

Inoculation de la tuberculose après la circoncision (A case of inoculation tuberculosis after circumcision), par M. W. WARE. *New-York medical Journal*, 26 février 1898, p. 287.

L'auteur rappelle les cas d'inoculation tuberculeuse par circoncision rituelle de Lindemann, Lehmann, Hofmokl, Elsenberg, Meyer et Karewski et rapporte le cas suivant :

Un enfant né de parents sains est circoncis suivant le rite qui comporte l'hémostase par succion. Deux semaines après, la mère constate que la plaie est encore ouverte et qu'il y a du gonflement dans les deux aines. Encore deux semaines plus tard l'enfant est amené à un médecin qui diagnostique la syphilis ; les lésions continuent à s'aggraver et les ganglions inguinaux deviennent fluctuants.

À ce moment l'enfant, âgé de trois mois, était bien constitué mais avait de la fièvre ; de chaque côté du frein du prépuce on trouvait un ulcère irrégulier, à fond couvert de granulations molles, sécrétant peu, le voisinage était semé de nodules jaunâtres ressemblant à des nodules de lupus. Le fourreau était infiltré et livide. Dans les deux aines les ganglions étaient tuméfiés, empâtés, douloureux et fluctuants. On curette les ulcères et on ouvre les ganglions qui donnent issue à du pus fétide.

Quelques semaines après les ulcères ganglionnaires des aines sont remplis de fongosités molles, fournissant de la sérosité, la peau de toute la région est livide et soulevée par une infiltration molasse, la verge est tuméfiée avec un cordon lymphangitique le long de sa face dorsale.

L'examen microscopique des ganglions inguinaux a montré des tubercules typiques, mais pas de bacilles. W. D.

Tuberculose du pharynx chez l'enfant, par PLICQUE. *Ann. des mal. de l'or.*, mars 1898.

Très grande rareté. Dans une étude d'ensemble, P. n'a pu en réunir que 12 observations, dont 2 seulement sont personnelles.

Il y a deux types d'évolution, le type secondaire et le type primitif, ce dernier étant exceptionnel. La destruction locale peut prendre une grande étendue, la luette est presque toujours prise. L'ulcération, sans infiltration et sans épaissement des bords, sans nodules au pourtour, peut être recouverte de fausses membranes simulant la diphtérie. L'évolution est presque toujours rapide, la mort survient en quelques semaines.

F. FURET.

Cas de lichen scrofulosorum (Case of lichen scrofulosorum), par NORMAN WALKER. *The Scottish Medical and Surgical Journal*, avril 1898, p. 326.

Le malade est un garçon de trois ans et demi ; il est le 3^e d'une famille de 4 enfants, tous parfaitement sains, de même que les parents qui ne présentent aucune tare tuberculeuse. Sa santé, bonne jusque-là, s'est altérée depuis six mois, et il est devenu paresseux et comme affaissé, sans cepen-

dant présenter d'autres troubles apparents qu'un peu de tuméfaction du ventre faisant penser à de la tuberculose péritonéale.

L'éruption a débuté par la face il y a deux mois, puis s'est étendue aux membres puis au tronc. L'éruption est tout à fait disséminée, et c'est à peine si à et là on peut reconnaître une disposition en cercles. Les papules sont surmontées d'une pustule ou d'une crûtelle jaune ; quelques-unes ont un sommet plat comme dans le lichen plan ; elles ne paraissent pas toujours correspondre à un follicule pileux.

W. D.

Exanthèmes de la tuberculose [tuberculides de Darier] (Die Exantheme der Tuberkulose), par C. BOECK. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLII, p. 71, 175 et 363.

L'auteur comprend sous le nom d'exanthèmes de la tuberculose, les maladies de la peau qui, malgré l'absence du bacille de la tuberculose, surviennent néanmoins si souvent ou si constamment chez des individus qui tôt ou tard sont tuberculeux. Il en résulte qu'on est autorisé ou plus exactement forcé de mettre ces éruptions en connexion avec la tuberculose. Il s'agit sans doute d'une action éloignée du bacille qui intervient par ses toxines. Darier en 1896 a désigné ces affections sous le nom de « tuberculides ».

L'étude de ces affections a une importance pratique considérable non seulement pour les dermatologues, mais encore pour tous les médecins praticiens. Il est en effet essentiel de savoir s'il faut considérer ces maladies de la peau, dont quelques-unes sont très communes, comme des indices certains d'une infection tuberculeuse de l'organisme.

Parmi ces dermatoses le *lichen des scrofuleux* (Hebra) et le *lupus érythémateux* sont connus depuis longtemps ; il est encore d'autres affections comme le lupus érythémateux disséminé, l'eczéma des scrofuleux, etc.

Comme dans ces maladies de la peau, ni la recherche du bacille ni les inoculations aux animaux n'ont donné de résultat positif, il importe de trouver dans l'observation clinique la preuve du rapport étiologique de ces affections de la peau avec la tuberculose. C'est donc l'objectif du clinicien de démontrer que toutes ces dermatoses forment une chaîne ininterrompue qui, dans son ensemble comme pour chaque membre isolé, montre d'une manière incontestable l'infection bacillaire comme cause et origine.

Après un court résumé des travaux qui ont été publiés sur cette question, l'auteur rapporte quelques cas de lupus érythémateux disséminé.

Le premier concerne une femme de 32 ans, bien constituée, qui a eu antérieurement des tumeurs ganglionnaires volumineuses dans le creux axillaire gauche. On extirpa ces glandes qui étaient manifestement tuberculeuses. Dans le courant de l'été, engorgement des ganglions sus-claviculaires et de la région cervicale du côté gauche. Sous l'influence d'applications externes d'eau blanche et du sulfure de calcium, à l'intérieur, il survint brusquement sur le visage des plaques de lupus érythémateux discoïde (erythema lupinosum, de Veil senior) ; ces plaques disparaissent ensuite successivement au bout d'environ trois semaines. Peu de temps après, cette malade fut atteinte sur les mains de l'affection que l'auteur a autrefois décrite comme une forme de lupus érythémateux dis-

séminé. Environ 18 mois plus tard, il survint sur la main et l'avant-bras du côté gauche un pseudo-érysipèle qui laissa après lui un érysipèle persistant (Kaposi); symptôme du lupus érythémateux disséminé de cet auteur. Six mois plus tard, apparurent de nouveau au visage des manifestations de lupus érythémateux discoïde, tandis que pendant ces dernières années il se produisait sans interruption des poussées constamment renouvelées de cette variété de lupus disséminé décrite par l'auteur.

Enfin quatre ans après l'apparition des premiers symptômes sur la peau, la malade eut de nouveau, après l'emploi du sulfure de calcium, des poussées assez étendues de lupus érythémateux discoïde sur la face, tandis qu'en même temps il survenait un pseudo-érysipèle sur le membre supérieur droit.

Un deuxième cas, rapporté ici par l'auteur, montre comme le précédent, l'apparition simultanée d'un lupus discoïde de la face et la forme disséminée (folliclis) (Beck) sur les mains, les pieds et les oreilles.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas de scrofulo-tuberculose dans lesquels il existait en même temps des efflorescences et de petites papules de lupus disséminé qui rappelaient le lichen des scrofuleux, au point de rendre incontestable leur parenté avec cette affection. Dans plusieurs cas on pouvait constater un passage successif du lupus érythémateux disséminé en lichen des scrofuleux.

De ses observations l'auteur conclut que cette variété lupique survient toujours chez les sujets nettement scrofulo-tuberculeux et qu'il est hors de doute que cette forme est sous la dépendance de la tuberculose.

Beck range l'eczéma des scrofuleux parmi les exanthèmes de la tuberculose. Cette variété d'eczéma survient tout à fait comme le lichen des scrofuleux, principalement chez les enfants d'un certain âge et chez les adultes jeunes. Cet eczéma est caractérisé par des plaques plus ou moins infiltrées, rougeâtres, ou jaune rougeâtre et occupe de grandes surfaces qui souvent ne présentent que de la desquamation, mais peuvent aussi être en partie suintantes et recouvertes de croûtes. Ces plaques forment souvent des dessins circinés ou des cercles. Principalement sur les membres inférieurs il se produit fréquemment, outre les plaques ci-dessus, des papules plus ou moins volumineuses, dont les plus grosses se transforment parfois en pustules. Il arrive aussi que les grandes plaques et les petites taches, ayant leur disparition complète, présentent une période terminale avec de petites papules circumpilaires qui rappellent le lichen des scrofuleux.

La localisation correspond aussi, sous beaucoup de rapports, à l'expansion habituelle du lichen des scrofuleux. Les sièges de prédilection sont notamment la face antérieure et postérieure du thorax, la face externe des bras, avec les parties avoisinantes des avant-bras et les membres inférieurs, particulièrement leurs surfaces externe et antérieure. Très fréquemment le cuir chevelu est envahi et la maladie présente dans ce cas, soit l'aspect d'un pityriasis capitis, soit celui d'un eczéma impétigineux humide, soit parfois aussi des caractères qui rappellent une séborrhée amiantacée. L'auteur décrit en détail deux cas qu'il a observés dans son service d'hôpital.

Beck étudie ensuite le *lupus érythémateux discoïde*. Selon lui, le lupus

érythémateux n'est nullement une véritable tuberculose de la peau, mais il croit pouvoir l'expliquer par l'action des toxines du bacille tuberculeux sur les centres vaso-moteurs de la peau.

L'auteur donne ensuite un tableau synoptique de 36 cas de lupus érythémateux discoïde. Chez les deux tiers de ces malades on a constaté des symptômes évidents de scrofulo-tuberculose. Parmi les 12 malades qui n'avaient pas présenté de signes manifestes de tuberculose, 3 avaient des parents rapprochés qui étaient tuberculeux.

Outre la statistique mentionnée ci-dessus, il y a un autre argument très important en faveur des relations qui existent entre la forme discoïde et la tuberculose, c'est que cette variété se combine et se mêle cliniquement à la forme disséminée pour laquelle, pas plus que pour le lichen des scrofuleux, cette relation est incontestable. L'auteur invoque encore d'autres faits pour établir ce rapport. La localisation si fréquente, absolument symétrique du lupus érythémateux discoïde, cadre bien avec l'hypothèse qui les attribue à une action des toxines bacillaires sur les centres vaso-moteurs.

Pour tous les exanthèmes dont il est question ici, lupus érythémateux discoïde et disséminé, lichen et eczéma des scrofuleux, il est démontré qu'ils apparaissent d'une manière absolument symétrique ; on peut donc les ranger dans la même catégorie, non seulement au point de vue étiologique, mais encore pathogénétique. En d'autres termes, il faut, suivant toute vraisemblance, les regarder tous comme des toxidermies provoquées par l'action de toxines tuberculeuses sur certains centres nerveux.

A. DOYON.

Ulérythème.

Ulérythème sycosiforme [sycosis lupoïde] (*Ulerythema sycosiforme [lupoïde sycosis] with report of two cases*), par CANTRELL et SCHAMBERG. *Journal of the American medical Association*, 16 avril 1898, p. 895.

Les auteurs rappellent d'abord la description de l'ulérythème sycosiforme de Unna et du sycosis lupoïde de Brocq, puis rapportent les deux observations suivantes :

1. — Homme de 55 ans, pas d'antécédents pathologiques. En 1886, éruption pustuleuse de la barbe qui a duré deux ans. En 1893, éruption sycosiforme qui a persisté depuis. En 1895 on trouve sur chaque joue une plaque ovalaire de 1 à 2 pouces de large, de couleur rosée, généralement bien délimitée. La peau à ce niveau est lisse, brillante, cicatricielle, un peu infiltrée, mais douce et veloutée au toucher ; à travers la teinte rosée on apercevait un pointillé blanchâtre.

La partie centrale était glabre, sauf quelques poils fins et courts et déprimée par rapport aux parties voisines. A la partie périphérique la rougeur était diffuse sans qu'on pût distinguer de folliculites. Ça et là étaient disséminées des vésicules ou de petites bulles qui se desséchaient en croûtes et s'accompagnaient d'un prurit intense. Pendant le séjour à l'hôpital les plaques ont grandi et il en est apparu deux nouvelles malgré tous les traitements, puis il s'est fait une amélioration spontanée ;

En 1897, la plaque du côté droit était devenue blanche et cicatricielle, la

plaqué de gauche avait grandi et était bordée par une zone de pustules.

L'examen microscopique de fragments excisés avait montré le derme rempli d'amas cellulaires bien limités et surtout nombreux autour des follicules et s'étendant jusqu'à l'hypoderme. Presque tous les follicules et les glandes sébacées ont disparu. Pas de cellules géantes ni de bacilles.

II. — Homme de 35 ans, début par la joue gauche il y a 6 ans. Il y a sur chaque joue une plaque lisse brillante et atrophique avec quelques dilatations vasculaires superficielles. La partie centrale est glabre, la bordure est infiltrée, dure, saillante avec des pustules folliculaires.

Dans la discussion Duhring et Fordyce insistent sur la ressemblance de ces cas tantôt avec le lupus vulgaire et tantôt avec le lupus érythémateux.

W. D.

Xanthome.

Acide monochloracétique dans le traitement du xanthome
(Monochloracetic acid in the treatment of xanthoma), par J. MACGUIRE.
Journal of cutaneous and genito-urin. diseases, juillet 1898, p. 328.

M. a traité par l'acide monochloracétique plusieurs cas de xanthome plan des paupières et en rapporte deux observations. On ne doit appliquer l'acide que sur une faible étendue à la fois, la largeur d'une lentille environ, en protégeant bien les yeux; il n'y a plus de douleurs, mais il survient quelquefois un gonflement assez notable des paupières. L'acide produit une croûte brune qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée. La guérison a toujours été obtenue en six semaines environ et les plaques de xanthome avaient disparu laissant une surface un peu plus blanche que la peau normale.

W. D.

Zona.

Topographie de la peau. Pathologie et topographie de l'herpès zoster (Beiträge zur Topographie der äusseren Hautdecke. 1. Zur Pathologie und Topographie des Herpes Zoster), par BLASCHKO. *Archiv für Dermatol. und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 37.

L'auteur dans ce travail a eu pour but d'aider à créer une base pour des études ultérieures, relatives à l'étiologie, à la pathologie et à la topographie de l'herpès zoster. Il a réuni 127 cas de zoster qu'il a traités de 1888 à 1897 à sa polyclinique. Il n'a pas constaté, à Berlin, pendant ce laps de temps, d'épidémies de zoster, toutefois on l'observe plus fréquemment au printemps et à l'automne. Quant à l'étiologie, ses recherches ne confirment pas l'absence de récidives de l'herpès zoster. Dans quatre cas il l'a vu apparaître après ou pendant l'emploi de l'arsenic. B. a observé des cas où la maladie était très probablement le résultat d'irritations mécaniques : deux fois à la suite d'exercices sur la barre horizontale (une fois après une chute, une autre fois après un violent effort). Dans la plupart des cas, l'étiologie de l'herpès est inconnue, toutefois dans beaucoup de cas on trouvait sur le côté correspondant au zoster, dans les muscles spinaux, un épaississement douloureux très nettement appréciable au toucher. L'auteur pense que, ici, il y a un rapport de causalité, car dans tous ces cas le siège de l'épaississement était presque à la même hauteur

que le point de sortie du nerf spinal supposé malade. Selon l'auteur, cette tuméfaction serait peut-être analogue au rhumatisme musculaire. D'ailleurs les caractères cliniques de l'herpès zoster se rapprochent de ceux des maladies rhumatismales ; le refroidissement est souvent noté comme cause directe de maladie et les phénomènes consécutifs du refroidissement précèdent très fréquemment l'éruption zostérienne. Toutefois, le zoster récidive rarement. Dans un grand nombre de cas, tout le complexus symptomatique peut faire supposer qu'on a affaire à une maladie infectieuse aiguë. Dans environ un tiers des cas, la maladie débute par de la fièvre avec céphalalgie, courbature, troubles des voies digestives, engorgements ganglionnaires douloureux dans la région atteinte, etc.

Les douleurs de la période prézostérienne sont d'espèce très différente : douleur rhumatoïde à la pression sur les apophyses épineuses ou sur les muscles spinaux du côté malade ; douleur névralgique, en général périodique ; hyperesthésie ou hyperalgesie de la peau ; douleur provoquée par la lymphangite et la lymphadénite, localisation. En ce qui concerne l'origine et la localisation de la maladie, il est vraisemblable, suivant l'auteur, qu'un herpès zoster peut se développer sous l'influence d'une irritation, portant sur un point quelconque d'un neurone périphérique, autrement dit le siège de la maladie peut être la moelle allongée, la moelle épinière, les racines postérieures, le ganglion spinal, ou les nerfs périphériques en un point quelconque de leur trajet. Contre la participation des nerfs périphériques — du moins dans ces cas — il faut noter l'extrême rareté de paralysies et d'atrophies musculaires dans l'herpès zoster.

Contre le siège périphérique de la maladie milite, en outre, le fait qu'il existe presque régulièrement des éruptions dans le district du rameau postérieur.

Il y a lieu d'indiquer, en outre, la limitation particulièrement typique, unilatérale, et le plus souvent la localisation à un ou à un petit nombre de districts des nerfs spinaux, qui confinent les uns aux autres. Cette localisation particulière fait supposer que le processus morbide occupe vraisemblablement le ganglion spinal lui-même ou la partie voisine du nerf spinal, ou encore la racine postérieure, peut-être même le segment spinal y afférent.

Le mémoire se termine par un tableau synoptique des zosters, disposés d'après les nerfs spinaux et avec les nomenclatures de Bärensprung-Kaposi et Head. De très nombreux dessins permettent de se rendre compte de la localisation des zosters sur la peau. A. Doyon.

Le Gérant : G. MASSON.

